**GISELE DOS REIS DELLA TOGNA**

# Utilização da CIF na análise do absenteísmo odontológico

São Paulo

2013

**GISELE DOS REIS DELLA TOGNA**

# Utilização da CIF na análise do absenteísmo odontológico

**Versão Original**

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

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Edgard Crosato

Co-orientadora: Profa. Dra. Heloísa Brunow Di Nubila

São Paulo

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Togna, Gisele dos Reis Della.
Utilização da CIF na análise do absenteísmo odontológico / Gisele dos Reis Della Togna; orientador Edgard Crosato; coorientador Heloisa Brunow Di Nubila. -- São Paulo, 2013.

111 p. : fig., tab., graf. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original.

1. Classificação internacional de doenças. 2. Absenteísmo. 3. Saúde bucal - Reabilitação. I. Crosato, Edgard. II. Di Nubila, Heloisa Brunow. III. Título.

Togna GRTD. Utilização da CIF na análise do absenteísmo odontológico. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2013

**Banca Examinadora**

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

*Dedico este trabalho aos meus pais Neuza Maria dos Reis Della Togna e Dorival Arnaldo Della Togna (in memoriam).*

*Com amor, respeito e gratidão*

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Edgard Crosato pela oportunidade, profundos ensinamentos e lições de humanidade que contribuíram para o meu desenvolvimento científico e espiritual

A Profa. Dra. Heloísa Brunow Di Nubila pelo acolhimento, orientações e incentivo neste percurso

A Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo pelas recomendações no processo de qualificação da tese, apoio e ensinamentos

Ao Prof. Dr. Edgard Michel Crosato pela colaboração para o desenvolvimento e conclusão da pesquisa

Ao Prof. Dr. Luiz Eugênio Nigro Mazzilli pelos comentários e sugestões no processo de qualificação e conclusão da tese

Ao Prof. Dr. Carlos Botazzo pelas valiosas indicações de leitura e ensinamentos durante o curso

Ao Prof. Dr. Ruy Laurenti pelo acolhimento no Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais

A Profa. Dra. Cilene Rennó Junqueira pelas sugestões

A todos os professores do Departamento de Odontologia Social pela agradável convivência

Aos colegas do curso de pós-graduação por compartilhar deste caminho com alegria

Aos diretores, supervisores e colegas do meu trabalho pelo apoio, incentivo e compreensão das necessidades para a viabilização da pesquisa

A Andréia, Laura e Sônia do Departamento de Odontologia Social da FOUSP pela prontidão e auxílio prestado durante todo o curso, sempre com muito carinho e dedicação

Ao Serviço de Documentação Odontológica – SDO da FOUSP pela atenção e contribuição imprescindível para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho

Aos meus irmãos, meus sobrinhos e minha cunhada, apoio fundamental em todos os momentos

Aos familiares e amigos, companheiros nesta jornada

A todos os participantes da pesquisa, um agradecimento especial por suas valiosas contribuições para o desenvolvimento da ciência no País

*“E tudo o que os homens fazem, sabem ou experimentam só tem sentido na medida em que se possa falar sobre”.*

*Hannah Arendt*

# RESUMO

Togna GRD. Utilização da CIF na análise dos absenteísmo odontológico [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2013. Versão Original.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma ferramenta para descrever os estados de saúde e estados relacionados à saúde. O objetivo do estudo foi utilizar a CIF para descrever o perfil de funcionalidade relacionado à incapacidade para o trabalho por motivo odontológico. Foram avaliados 41 indivíduos que necessitaram de afastamento do trabalho para tratamento de saúde bucal. As principais deficiências identificadas no componente *Funções do corpo* referem-se a mastigar (b5102), funções emocionais (b152) e sensação de dor (b280). No componente *Estruturas do corpo,* as deficiências mais observadas pelo perito relacionam-se aos dentes (s3200) e gengivas (s3201). As principais dificuldades referidas no componente *Atividades e Participação* relacionam-se ao cuidado dos dentes (d5201), comer (d550), realizar a rotina diária (d230), fala (d330) e produção da linguagem corporal (d3350). Os principais facilitadores no componente *Fatores Ambientais* referem-se aos medicamentos (e1101), alimentos (e1100) e ao apoio de profissionais de saúde (e355) e da família imediata (e310). O uso da CIF pode fornecer dados relevantes para a avaliação de resultados de intervenções, necessidades de reabilitação e planejamento das ações de saúde bucal, possibilitando uma melhor compreensão do processo vivenciado pelos indivíduos, bem como sua relação com o bem-estar e a qualidade de vida.

Palavras-Chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Absenteísmo. Odontologia do Trabalho.

## ABSTRACT

Togna GRD. Using of the ICF in the analysis of absenteeism due to dental reasons [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2013. Versão Original.

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is a tool to describe the health status and health-related states. The aim of this study was to use the ICF to describe the functioning profile related to work disability due to dental reasons. A total of 41 participants requiring sick leave were evaluated. The main disabilities identified in the component *Body functions* were chewing (b5102), emotional functions (b152) and sensation of pain (b28010). In the component *Body Structures*, the main disabilities observed by the expert were teeth (s3200) and gums (s3201). The main difficulties related to the component *Activities and Participation* were caring for teeth (d5201), eating (d550), carrying out daily routine (d230), speaking (d330) and producing body language (d3350). The main facilitators in the component *Environmental Factors* were drugs (e1101), food (e1100) and support from health professionals (e355) and immediate family (e310). The use of the ICF can provide relevant data to the outcome evaluation, assessment of rehabilitation needs and oral health planning, conducting to a better understanding of the process experienced by individuals, as well as its relation with the well-being and quality of life.



Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health. Absenteeism. Occupational Dentistry.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Distribuição dos servidores públicos avaliados em perícias odontológicas segundo o sexo ..... 49

Tabela 5.2 - Distribuição dos servidores públicos avaliados em perícias odontológicas segundo a média etária ..... 50

Tabela 5.3 - Distribuição dos servidores públicos avaliados em perícias odontológicas segundo o grau de instrução ..... 50

Tabela 5.4 - Distribuição dos casos segundo o número de afecções codificadas pela CID-10 ..... 52

Tabela 5.5 - Distribuição das codificações segundo a CID-10 e CID-OE ..... 53

Tabela 5.6 - Total de repetições de cada subcategoria de quatro caracteres da CID-10 ..... 54

Tabela 5.7 - Codificações segundo a CID-10 e CID-OE ..... 55

Tabela 5.8 - Prevalência no período ..... 56

Tabela 5.9 - Distribuição dos códigos K08.1 segundo o número de dentes perdidos e dos códigos Z96.5 segundo o número de implantes dentários colocados ..... 57

Tabela 5.10 - Tempo médio de afastamento segundo grupos nosológicos da CID-10 ..... 58

Tabela 5.11 - Distribuição das dificuldades referidas na pergunta aberta segundo os componentes da CIF ..... 59

Tabela 5.12 - Distribuição das dificuldades mais referidas na pergunta aberta segundo as categorias da CIF ..... 60

Tabela 5.13 - Distribuição das estratégias referidas na pergunta aberta segundo os componentes da CIF ..... 62

Tabela 5.14 - Distribuição das estratégias mais referidas na pergunta aberta segundo as categorias da CIF..... 63

Tabela 5.15 - Distribuição dos problemas referidos pelo periciado nos componentes Funções do corpo e Atividades e Participação segundo as categorias da CIF..... 64

Tabela 5.16 - Distribuição das deficiências observadas pelo perito no componente Estruturas do corpo segundo as categorias da CIF..... 65

Tabela 5.17 - Distribuição dos fatores ambientais referidos pelo periciado segundo as categorias da CIF ..... 66

Tabela 5.18 - Distribuição das deficiências referidas no componente Funções do corpo em relação às afecções principais mais frequentes ..... 68

Tabela 5.19 - Distribuição das deficiências observadas no componente Estruturas do corpo em relação às afecções principais mais frequentes ..... 69

Tabela 5.20 - Distribuição das dificuldades referidas no componente Atividades e participação em relação às afecções principais mais frequentes ..... 70

Tabela 5.21 - Distribuição dos fatores ambientais referidos em relação às afecções principais mais frequentes ..... 71

Tabela 5.22 - Distribuição das categorias mais referidas no componente Funções do corpo e Atividades e participação com qualificadores ..... 73

Tabela 5.23 - Distribuição das categorias observadas no componente Estruturas do corpo com qualificadores..... 75

Tabela 5.24 - Distribuição das categorias mais referidas no componente Fatores ambientais com qualificadores ..... 77

Tabela 5.25 - Número e percentual de categorias da CIF referidas no afastamento do trabalho e na perícia segundo as afecções principais codificadas pela CID-10 ..... 80

Tabela 5.26 - Categorias da CIF do formulário que não foram referidas pelo periciado ou observadas pelo perito ..... 81

Tabela 5.27 - Categorias da CIF referidas pelo periciado que não estavam presentes no formulário ..... 82

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

| | |
|---|---|
| CID-10 | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão |
| CIDID | Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens |
| CID-OE | Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia |
| CIF | Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde |
| CIF-CJ | Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Versão para Crianças e Jovens |
| CFO | Conselho Federal de Odontologia |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| WHA | World Health Assembly |
| WHO | World Health Organization |
| WHO-FIC | Meeting of the WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications |

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO** ..... 15
**2 REVISÃO DA LITERATURA** ..... 19
2.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF ..... 19
2.2 APLICAÇÕES E USOS DA CIF ..... 29
2.3 CIF E SAÚDE DO TRABALHADOR ..... 36
2.4 CIF E SAÚDE BUCAL ..... 39
**3 PROPOSIÇÃO** ..... 42
3.1 OBJETIVO GERAL ..... 42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 42
**4 METODOLOGIA** ..... 43
4.1 LOCAL DO ESTUDO ..... 43
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO ..... 43
4.3 FONTE DE DADOS ..... 43
4.4 COLETA DE DADOS ..... 43
4.5 ANÁLISE DOS DADOS ..... 47
4.6 QUESTÕES ÉTICAS ..... 48
**5 RESULTADOS** ..... 49
5.1 PERFIL DA POPULAÇÃO DO ESTUDO ..... 49
**5.1.1 Frequência segundo o sexo** ..... 49
**5.1.2 Frequência segundo a média etária** ..... 50
**5.1.3 Frequência segundo o grau de instrução** ..... 50
5.2 ASPECTOS RELACIONADOS ÀS CODIFICAÇÕES PELA CID-10 E CID-OE ..... 51
5.3 ASPECTOS RELACIONADOS AO PERFIL DE MORBIDADE ..... 56
5.4 ASPECTOS RELACIONADOS AO TEMPO DE AFASTAMENTO ..... 57
5.5 ASPECTOS RELACIONADOS AO PERFIL DE FUNCIONALIDADE ..... 58
**5.5.1 Categorias da CIF referidas na pergunta aberta** ..... 58
5.5.1.1 Dificuldades referidas ..... 58
5.5.1.2 Estratégias referidas ..... 62

**5.5.2 Categorias da CIF referidas e observadas a partir do formulário** ..... 63
5.5.2.1 Distribuição das categorias da CIF ..... 63
5.5.2.2 Categorias da CIF em relação às afecções principais segundo a CID-10 ..... 68
5.5.2.3 Categorias da CIF com qualificadores ..... 72
5.5.2.4 Categorias da CIF referidas no afastamento e na perícia em relação às afecções principais segundo a CID-10 ..... 79
5.5.2.5 Análise das categorias da CIF selecionadas para o formulário ..... 81
**6 DISCUSSÃO** ..... 83
**7 CONCLUSÕES** ..... 92
**8 CONSIDERAÇÕES FINAIS** ..... 93
**REFERÊNCIAS** ..... 94
**APÊNDICE** ..... 104
**ANEXOS** ..... 110

# 1 INTRODUÇÃO

Os programas de atenção à saúde bucal do trabalhador desenvolvidos com base em uma abordagem epidemiológica permitem uma análise mais profunda da causalidade das doenças, possibilitando estudar o impacto que podem causar à qualidade de vida dos trabalhadores (Araújo, Gonini Júnior, 1999).

Para isso, os serviços de saúde do trabalhador devem coletar, agregar, analisar e tornar disponível a informação sobre a saúde de uma população (World Health Organization,1995; Brasil, 2004; Brasil, 2006).

Os dados de morbidade são utilizados para o planejamento, gerenciamento e avaliação dos programas e políticas de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2008). A inclusão dos dados de funcionalidade proporciona um registro completo de saúde, essencial para o acompanhamento adequado do trabalhador, gerando uma fonte importante de dados epidemiológicos e qualificando a informação de saúde disponível.

Um sistema de classificação e a codificação dos dados de morbidade e de funcionalidade permitem a rápida recuperação e análise dessas informações. Em vista disso, o conhecimento da aplicabilidade e dos propósitos das classificações internacionais da Organização Mundial da Saúde - OMS é fundamental para o fortalecimento e estruturação de um sistema de informação em saúde do trabalhador (World Health Organization,1995; Brasil, 2004).

Com a codificação dos dados que geram afastamento do trabalho é possível a inclusão dessas informações nos sistemas de informação em saúde e, consequentemente, a obtenção de estatísticas para o monitoramento do absenteísmo.

Atualmente a exigência legal para justificar o afastamento do trabalho é o uso da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID ou o diagnóstico em atestados de saúde.

Quando o atestado odontológico for solicitado pelo paciente ou seu representante legal deverá ser observado: o diagnóstico codificado de acordo com a CID; os resultados dos exames complementares; a conduta terapêutica; o prognóstico; as consequências à saúde do paciente e o provável tempo de repouso necessário para a recuperação (Brasil, 2009).

Vale ressaltar que a classificação derivada de importância para a área odontológica, a Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia – CID-OE é pouco utilizada em atestados odontológicos (Togna et al., 2011).

O Conselho Federal de Odontologia na Resolução CFO-87 de 26 de maio de 2009 (Brasil, 2009) normatiza a perícia odontológica, delimitando o campo de atuação do cirurgião-dentista. Disseminar informações epidemiológicas sobre o perfil de morbidade é competência do cirurgião-dentista na função de perito oficial (Brasil, 2009).

O absenteísmo odontológico é a ausência do trabalhador motivada por um estado ou condição de saúde bucal. Caracteriza-se pela perda temporária da capacidade para o trabalho, determinando a ausência física (parcial ou completa) do trabalhador ou sua presença precária no trabalho, denominada absenteísmo de corpo presente ou presenteísmo (Mazzilli, 2007).

A morbidade causadora de incapacidade temporária de até 15 dias é conhecida como absenteísmo de curto prazo (Reis; Ribeiro, 2003; Reis; Arantes, 2013).

Estudos demonstram que a incapacidade temporária por motivo odontológico é de curta duração (Mazzilli; Crosato, 2005; Nardi et al., 2009; Togna et al., 2011) e que as condições agudas ou de pós-operatório são as causas mais frequentes de absenteísmo (Mazzilli; Crosato, 2005).

A incorporação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF nas avaliações periciais permitirá um aprofundamento na análise dos aspectos relacionados ao afastamento do trabalho por motivo odontológico, fornecendo dados relevantes para o monitoramento do absenteísmo por motivo odontológico e para a tomada de decisão em perícias com a finalidade de homologar as solicitações de licença para tratamento de saúde.

Durante os procedimentos de avaliação pericial é importante considerar os componentes envolvidos nos processos de funcionalidade e incapacidade para mensurar adequadamente o número de dias necessários para a completa recuperação da saúde e, com isso, possibilitar um retorno ao trabalho no momento ideal, evitando-se o presenteísmo ou a necessidade de prorrogação da licença para tratamento de saúde.

A utilização da CIF permite descrever a experiência do indivíduo que vivencia uma situação de afastamento do trabalho e possibilita, também, avaliar o que é

significativo para o paciente. A abordagem biopsicossocial da CIF relaciona a doença ao bem-estar e à qualidade de vida (Cieza; Stucki, 2008; Cieza et al., 2008; Férnandez-López et al., 2010), fornecendo informações para o planejamento das ações de saúde dirigidas às necessidades do servidor, bem como a definição de estratégias voltadas ao bem-estar e à qualidade de vida.

Para avaliar a saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida é importante considerar as rupturas na funcionalidade física, psicológica e social (Sheiham, 2005).

Vale destacar que para a construção de um sistema de informação em saúde é necessária a utilização de um esquema de codificação (Organização Mundial da Saúde, 2008). Portanto, o conhecimento aprofundado das ferramentas de classificação da OMS e do uso complementar da CID e da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF é imprescindível para a melhoria das informações periciais geradas na avaliação dos afastamentos do trabalho.

Desse modo, o uso conjunto da CIF e da CID contribuirá para o fornecimento de informações relevantes, permitindo o aperfeiçoamento do sistema de informações em saúde, o aprimoramento da atividade pericial e das estatísticas derivadas.

Importa sublinhar que a gestão da informação em saúde do trabalhador envolve a organização dos dados, transformando-os em informação. Após análise, essa informação gera o conhecimento necessário a ser usado na definição de estratégias de intervenção (Reis; Arantes, 2013).

A tomada de decisão e o planejamento de ações necessitam, além da informação epidemiológica, de informação sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, utilização de serviços, intervenções, qualidade do cuidado e de serviços. Logo, essas informações devem integrar os sistemas de informação em saúde bucal (Petersen et al., 2005).

Considerando a necessidade de qualificação da informação e de desenvolvimento de políticas públicas que destaquem a funcionalidade e a incapacidade, resolução recente do Conselho Nacional de Saúde determina que a CIF seja utilizada no Brasil, Estado Membro da OMS (Brasil, 2012).

Essa resolução especifica as possibilidades de utilização da CIF, como por exemplo: ferramenta estatística na coleta e registro de dados; ferramenta clínica para avaliar necessidades; uso nas investigações para medir resultados relacionados ao bem-estar, qualidade de vida, acesso aos serviços e impacto dos fatores ambientais na saúde dos indivíduos; para o dimensionamento e redimensionamento dos serviços

visando obter informações relativas ao tratamento e recuperação da saúde; e ferramenta geradora de informações padronizadas, bem como geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana (Brasil, 2012).

Com efeito, aplicar o modelo biopsicossocial da CIF na análise do absenteísmo odontológico pode qualificar a avaliação pericial e a informação de saúde disponibilizada para o gerenciamento dos serviços de saúde, permitindo um melhor entendimento do processo saúde-doença-cuidado.

Assim, a utilização da CIF para avaliação das solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico subsidia o processo de tomada de decisão e aprimora as informações periciais geradas no processo de análise da incapacidade temporária para o trabalho.

O objetivo do estudo é utilizar a CIF complementarmente ao uso da CID-10 e da CID-OE em perícias e descrever o perfil de funcionalidade de indivíduos que necessitaram de licença para tratamento de saúde por motivo odontológico.

# 2 REVISÃO DA LITERATURA

## 2.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF

A CIF foi aprovada na 54ª Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2001 e a versão para o português foi lançada em 2003. É a segunda revisão da CIDID-Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens que apresentava um modelo biomédico linear, unidirecional e negativo (Di Nubila, Buchalla, 2008).

O modelo biopsicossocial da CIF, interativo, multidirecional e dinâmico representa a integração do modelo médico e do modelo social, obtendo-se uma síntese que possibilita uma visão abrangente das várias dimensões de saúde (Marcelino; Di Nubila, 2013).

Nos termos da Resolução WHA54.21, recomenda-se que os Países Membros da OMS utilizem a CIF em suas pesquisas, vigilância e relatórios (World Health Organization, 2001).

A CIF foi desenvolvida durante um período de sete anos em um processo de colaboração internacional e validada por meio de testes de campo em mais de 70 países antes de ser oficialmente aprovada por todos os Estados Membros da OMS. A aprovação da CIF marca uma mudança paradigmática no modo de entender e medir a saúde e a incapacidade (Kostanjsek, 2011).

A CIF classifica a funcionalidade e a incapacidade humana. Ela proporciona uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura para descrever a saúde e os estados relacionados à saúde, definindo os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionado à saúde. A CIF fornece, também, um esquema de codificação para os sistemas de informação de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2003).

A CIF pode ser aplicada na coleta e registro de dados relativos à funcionalidade humana; para medir qualidade de vida e fatores ambientais; na avaliação das necessidades das pessoas; na gestão e avaliação de resultados; para estabelecer critérios de elegibilidade para acesso a benefícios; para o planejamento dos sistemas

de previdência social e implementação de políticas públicas; para a elaboração dos programas educativos; para desenvolver instrumentos de avaliação entre outras possibilidades de aplicação (Organização Mundial da Saúde, 2003; Marcelino; Di Nubila, 2013).

Vale ressaltar que a CIF tem aplicação universal possibilitando a descrição da saúde e estados relacionados à saúde de todas as pessoas, não se referindo unicamente a pessoas com incapacidades (Organização Mundial da Saúde, 2003).

As informações da CIF estão dispostas em duas partes (Parte 1 – Funcionalidade e Incapacidade e Parte 2 – Fatores Contextuais) e cada parte tem dois componentes (Parte 1 – componente “Corpo” que inclui as classificações para “Funções do Corpo” e “Estruturas do Corpo” e “Atividades e Participação”; Parte 2 – componente “Fatores Ambientais” e “Fatores Pessoais”) conforme diagrama das interações entre os componentes da CIF da Figura 2.1. Esse diagrama sistematiza todos os fundamentos e princípios da CIF (Marcelino; Di Nubila, 2013).

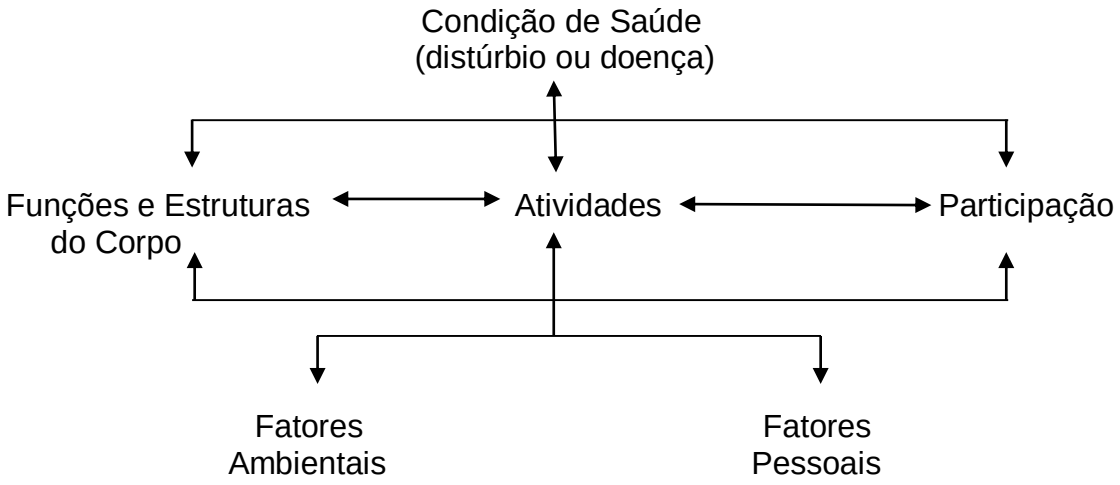


Figura 2.1 – Interações entre os componentes da CIF (Organização Mundial da Saúde, 2003)

Dos 4 componentes, a CIF classifica 3 componentes, com exceção dos fatores pessoais.

No diagrama da CIF a condição de saúde é codificada pela CID-10. Conforme definição contida na CIF, condição de saúde é o termo genérico para doenças,

distúrbios, lesões ou traumatismos, incluindo também outras circunstâncias, tais como gravidez, envelhecimento, estresse.

Os componentes da funcionalidade e incapacidade são interpretados por meio de quatro construtos operacionalizados com a utilização de qualificadores. Para as funções e estruturas do corpo, os construtos são mudanças dos sistemas fisiológicos ou das estruturas anatômicas. Para o componente Atividades e Participação, os dois construtos disponíveis são capacidade e desempenho. O construto para o componente Fatores Ambientais é o impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e de atitudes. Para o componente Fator Pessoal o construto é o impacto dos atributos da pessoa (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Portanto, os componentes são interpretados por meio dos construtos (conceitos teóricos) que são operacionalizados utilizando-se os qualificadores. Cada componente consiste de vários domínios ou capítulos, agrupados de acordo com características comuns, tais como origem, tipo e semelhança. Cada domínio é composto de várias categorias ou unidades de classificação. As categorias mais amplas incluem as subcategorias que são um detalhamento das categorias (Organização Mundial da Saúde, 2003).

O esquema hierárquico da CIF segue os seguintes princípios taxonômicos: as categorias dentro de cada componente estão organizadas conforme um esquema de ramificações (tronco-ramo-folha) de modo que uma categoria de menor nível compartilha os mesmos atributos das categorias de maior nível (o primeiro nível engloba todos os itens do segundo nível); as categorias são mutuamente excludentes; e seus componentes são classificados de modo independente, ou seja, não há repetição de termos entre os componentes (Organização Mundial da Saúde, 2003).

A CIF agrupa ordenadamente domínios da saúde e domínios relacionados à saúde, permitindo a descrição da funcionalidade e a incapacidade sob a perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade. Esses domínios estão distribuídos em duas listas básicas: “Funções e Estruturas do Corpo” e “Atividades e Participação”. A “Atividade” é a execução de uma tarefa por um indivíduo e está relacionada com a perspectiva individual da funcionalidade. A “Participação” é o envolvimento em uma situação da vida e representa a perspectiva social da funcionalidade humana (Organização Mundial da Saúde, 2003; Sampaio; Luz, 2009).

Na CIF, a “Funcionalidade” é um termo que abarca todas as funções e estruturas do corpo, as atividades e a participação, indicando os aspectos não

problemáticos ou neutros; a “Incapacidade" é um termo que inclui deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Os critérios de identificação das deficiências nas funções e estruturas do corpo são: perda ou ausência; redução; aumento ou excesso; e desvio (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Considerando que a funcionalidade e a incapacidade ocorrem em um contexto, a CIF inclui os fatores ambientais organizados em sequência do ambiente mais próximo ao indivíduo até o ambiente mais geral. Esses fatores referem-se ao ambiente físico, social e de atitudes nos quais as pessoas vivem. São fatores externos aos indivíduos, exercendo uma influência positiva ou negativa sobre o indivíduo, ou seja, podem ser um facilitador ou uma barreira para a funcionalidade humana (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Ao incluir os fatores ambientais e, dessa forma, avaliar o contexto em que o indivíduo vive (o mundo físico, social e de atitude), a CIF possibilita o estudo dos determinantes e fatores de risco (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Os fatores contextuais envolvidos na funcionalidade e incapacidade humanas correspondem ao histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo. Esses fatores contextuais abrangem os fatores ambientais supramencionados e também os fatores pessoais que podem ter um impacto sobre o indivíduo com determinada condição de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Os fatores pessoais interferem na maneira como o indivíduo lida com a doença e suas consequências. Na definição da CIF esses fatores incluem: idade, gênero, nível educacional, personalidade, aptidões, estilo de vida, hábitos, estilos de enfrentamento, padrão geral de comportamento e caráter, experiência prévia e atual, ativos psicológicos pessoais e profissão. Vale ressaltar que, devido à grande variabilidade social e cultural, os fatores pessoais não são classificados na CIF (Organização Mundial da Saúde, 2003).

A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre uma condição de saúde (doenças, distúrbios, lesões, traumas) e os fatores contextuais (ambiental e pessoal). É importante destacar que uma intervenção em qualquer um desses elementos pode modificar um ou mais dos outros elementos (Organização Mundial da Saúde, 2003).

A funcionalidade refere-se aos aspectos positivos da interação entre o indivíduo

e seus fatores contextuais e a incapacidade descreve os aspectos negativos dessa interação.

A CIF permite registrar o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios. É uma classificação que identifica o que constitui a saúde, ou seja, é uma classificação dos componentes da saúde, assumindo uma posição neutra em relação à etiologia (Organização Mundial da Saúde, 2003). Com a seleção dos códigos apropriados e o acréscimo de qualificadores obtém-se o registro da saúde e estados relacionados à saúde de um indivíduo.

Tanto a CID quanto a CIF organizam seus capítulos de acordo com os sistemas do corpo, indicando uma sobreposição entre elas. Contudo, os propósitos das duas classificações são diferentes. Na CID o foco é o diagnóstico e a classificação etiológica de uma condição de saúde. A CIF oferece informação complementar sobre o grau de severidade de uma condição de saúde, permitindo identificar a funcionalidade e a incapacidade associadas à condição de saúde codificada pela CID (Organização Mundial da Saúde, 2003; Peterson, 2005; Reed et al., 2005; Salvador-Carulla; Garcia-Gutierrez, 2011).

A compreensão do modelo conceitual da CIF e sua harmonização com as outras classificações da Família de Classificações Internacionais e com os outros modelos de funcionalidade relacionada à saúde, tais como a promoção da saúde, qualidade de vida e atividades da vida diária podem favorecer sua utilização (Salvador-Carulla; Garcia-Gutierrez, 2011).

Na CIF, a classificação de primeiro nível é a lista com o título dos capítulos de cada componente da classificação (Quadro 2.1). A classificação de segundo nível (versão resumida da CIF) é uma lista com o título dos capítulos, dos agrupamentos e das categorias da classificação. A classificação detalhada (versão completa da CIF) inclui as definições, termos de inclusão e exclusão e o detalhamento das categorias (terceiro e quarto nível).

| Componente | Capítulo | Título |
|---|---|---|
| **Funções do Corpo** | | |
| | Capítulo 1 | Funções mentais (b1) |
| | Capítulo 2 | Funções sensoriais e dor (b2) |
| | Capítulo 3 | Funções da voz e da fala (b3) |
| | Capítulo 4 | Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório (b4) |
| | Capítulo 5 | Funções dos sistemas digestivo, metabólico e endócrino (b5) |
| | Capítulo 6 | Funções geniturinárias e reprodutivas (b6) |
| | Capítulo 7 | Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento (b7) |
| | Capítulo 8 | Funções da pele e estruturas relacionadas (b8) |
| **Estruturas do Corpo** | | |
| | Capítulo 1 | Estruturas do sistema nervoso (s1) |
| | Capítulo 2 | Olho, ouvido e estruturas relacionadas (s2) |
| | Capítulo 3 | Estruturas relacionadas à voz e à fala (s3) |
| | Capítulo 4 | Estruturas dos sistemas cardiovascular, imunológico e respiratório (s4) |
| | Capítulo 5 | Estruturas relacionadas aos sistemas digestivo, metabólico e endócrino (s5) |
| | Capítulo 6 | Estruturas relacionadas aos sistemas geniturinário e reprodutivo (s6) |
| | Capítulo 7 | Estrutura relacionada ao movimento (s7) |
| | Capítulo 8 | Pele e estruturas relacionadas (s8) |
| **Atividades e Participação** | | |
| | Capítulo 1 | Aprendizagem e aplicação do conhecimento (d1) |
| | Capítulo 2 | Tarefas e demandas gerais (d2) |
| | Capítulo 3 | Comunicação (d3) |
| | Capítulo 4 | Mobilidade (d4) |
| | Capítulo 5 | Cuidado pessoal (d5) |
| | Capítulo 6 | Vida doméstica (d6) |
| | Capítulo 7 | Relações e interações interpessoais (d7) |
| | Capítulo 8 | Áreas principais da vida (d8) |
| | Capítulo 9 | Vida Comunitária, social e cívica (d9) |
| **Fatores Ambientais** | | |
| | Capítulo 1 | Produtos e tecnologia (e1) |
| | Capítulo 2 | Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano (e2) |
| | Capítulo 3 | Apoio e relacionamentos (e3) |
| | Capítulo 4 | Atitudes (e4) |
| | Capítulo 5 | Serviços, sistemas e políticas (e5) |

Quadro 2.1 – Conjunto de capítulos por componente da CIF (Organização Mundial da Saúde, 2003)

Para facilitar o uso da CIF, a OMS oferece uma lista de itens mínimos para os sistemas de informação em saúde e para pesquisas (Organização Mundial da Saúde,

2003; Peterson, 2005). Além disso, disponibiliza uma *check list* ou lista de checagem em português com um resumo dos itens da classificação (Buchalla, 2006).

A *checklist* da CIF possui um caráter genérico e, por essa razão, estão sendo desenvolvidos *core sets* ou listas mínimas de itens para grupos ou situações específicas. Atualmente já foram ou estão sendo desenvolvidos 30 *core sets*, tais como: dor crônica generalizada, obesidade, *diabetes mellitus*, câncer de cabeça e pescoço, reabilitação profissional. Esses *core sets* são protocolos validados em consensos internacionais, constituídos de um conjunto mínimo de códigos que oferecem o máximo de informações (Marcelino; Di Nubila, 2013).

Com o propósito de facilitar a aplicação da CIF para condições de saúde específicas ou ambientes específicos, os *core sets* estão sendo desenvolvidos com uma metodologia que envolve a revisão sistemática da literatura, obtenção de dados empíricos, consulta a especialistas e conferência de consenso (Stucki et al., 2002; Buchalla, 2006).

Os *core sets* da CIF podem ser resumidos (*Brief ICF Core Set*) ou completos (*Comprehensive ICF Core Set*) e contribuem para registrar e organizar as informações sobre um estado de saúde ou relacionado à saúde específico (Cieza et al., 2004a; Cieza et al., 2004b).

Assim, para a prática clínica foram desenvolvidos *core sets* específicos para uma condição de saúde específica e *core sets* genéricos mais abrangentes para cobrir as limitações na funcionalidade encontradas na maioria das condições de saúde. (Stucki et al., 2002).

Para um *Core Set* Genérico da CIF com as categorias necessárias para descrever a funcionalidade no contexto clínico e de pesquisa, foram propostas 13 categorias: b130 – Funções da energia e de impulsos; b152 – Funções Emocionais; b230 – Funções auditivas; b280 – Sensação de dor; b730 – Funções relacionadas à força muscular; d450 – Andar; d620 – Aquisição de bens e serviços; d640 – Realização das tarefas domésticas; d660 – Ajudar os outros; d850 – Trabalho remunerado; d920 – Recreação e lazer; e450 – Atitudes individuais dos profissionais de saúde; e e580 – Serviços, sistemas e políticas de saúde (Cieza et al., 2006).

Um *core set* específico para avaliação da incapacidade de longo prazo foi desenvolvido com a definição de uma lista de 20 (vinte) categorias da CIF, sendo 5 (cinco) do componente funções do corpo e 15 (quinze) do componente atividades e participação. Esse core set é importante para determinar a elegibilidade a benefícios

por incapacidade, auxiliando a tomada de decisões e, com isso, melhorando a qualidade dessas decisões, bem como a comunicação entre profissionais (Brage et al., 2008).

Em estudo para identificar os problemas mais comuns em pacientes com doenças crônicas utilizando a *check list* da CIF, verificou-se que a dor é a única categoria comum a todas as condições crônicas. Os facilitadores mais comuns identificados foram: profissionais de saúde, atitude dos profissionais de saúde e sistema de saúde (Ewert et al., 2004).

A OMS aprovou em 2007 uma adaptação da CIF denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Versão para Crianças e Jovens, a CIF-CJ, com alteração e expansão de algumas descrições, inclusão de códigos, alteração de critérios de inclusão e exclusão, com o objetivo de retratar as mudanças que ocorrem nas primeiras duas décadas de vida (Buchalla, 2006; OMS, 2011; Marcelino; Di Nubila, 2013).

Vale ressaltar que muitas das categorias adicionais da CIF-CJ podem ser usadas para classificar o nível de funcionalidade de adultos e idosos, como, por exemplo, a categoria d57020 – controlar medicações e seguir aconselhamentos de saúde (Marcelino; Di Nubila, 2013).

A CIF serve como uma estrutura para organizar as informações. Suas características estruturais interferem significativamente em seu uso, tais como as definições operacionais padronizadas de seus domínios, o sistema alfanumérico e o uso dos qualificadores (Organização Mundial da Saúde, 2003).

As definições operacionais descrevem os atributos (qualidades, propriedades e relações) de cada domínio, informando as inclusões e exclusões. Essas definições auxiliam na escolha do código apropriado e tornam os códigos mutuamente exclusivos. Com isso, fornecem uma referência importante para as avaliações, bem como permitem que resultados de instrumentos de avaliação existentes e comumente utilizados possam ser codificados de acordo com a CIF (Organização Mundial da Saúde, 2003).

No sistema alfanumérico da CIF são utilizadas letras minúsculas para indicar as funções do corpo (letra *b-body*), estruturas do corpo (letra *s-structure*), atividades e participação (letra *d-domain*) e os fatores ambientais (letra *e-environment*). Essas letras são seguidas por um código numérico de primeiro, segundo, terceiro e quarto

níveis (Quadro 2.2). Nessa ordem hierárquica, o nível mais amplo engloba todos os aspectos dos níveis mais detalhados (Organização Mundial da Saúde, 2003).

| | | |
|---|---|---|
| b2 | Funções Sensoriais e dor | item do primeiro nível |
| b280 | Sensação de dor | item do segundo nível |
| b2801 | Dor localizada | item do terceiro nível |
| b28010 | Dor na cabeça ou pescoço | item do quarto nível |

Quadro 2.2 – Exemplo de códigos na classificação de Função do Corpo

A inclusão de um qualificador ao código da CIF registra a presença e a severidade do problema (leve, moderado, grave ou completo). Sem qualificadores os códigos não têm significado (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Vários códigos podem ser atribuídos a um indivíduo de forma independente ou interrelacionada. Os códigos da CIF só estão completos com a inclusão de um qualificador. O primeiro qualificador registra a severidade ou extensão do problema no nível do corpo, do indivíduo e da sociedade. Para os fatores ambientais, o primeiro qualificador pode também indicar a magnitude dos aspectos positivos do ambiente ou os facilitadores. Sem qualificadores os códigos não têm significado e, por essa razão, a OMS recomenda que qualquer código deve ser seguido de ao menos um qualificador (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Assim, a presença do qualificador completa a informação, permitindo mensurar tanto uma interferência negativa, que gera uma limitação, quanto uma positiva, que melhora a execução de atividades (Di Nubila; Buchalla, 2008). Dessa forma, o qualificador indica a magnitude do nível de saúde ou a extensão do problema. Vale frisar que, dependendo do construto, a presença de um problema pode significar uma deficiência, uma limitação, uma restrição ou uma barreira (Organização Mundial da Saúde, 2003).

O Quadro 2.3 mostra a escala genérica para a quantificação dos componentes classificados na CIF e os respectivos pontos percentuais de corte propostos

| | | | |
|---|---|---|---|
| xxx.0 | NÃO há problema | (nenhum, ausente, insignificante) | 0-4% |
| xxx.1 | Problema LEVE | (leve, pequeno) | 5-24% |
| xxx.2 | Problema MODERADO | (médio, regular) | 25-49% |
| xxx.3 | Problema GRAVE | (grande, extenso) | 50-95% |
| xxx.4 | Problema COMPLETO | (total) | 96-100% |
| xxx.8 | Não especificado | | |
| xxx.9 | Não aplicável | | |

Quadro 2.3 – Escala genérica proposta pela CIF - “xxx” significa o número de domínio do segundo nível (Organização Mundial da Saúde, 2003)

O primeiro qualificador para os fatores ambientais indica a extensão dos efeitos positivos (facilitadores) ou negativos (barreiras) do ambiente, utilizando a mesma escala de 0 a 4. Para identificar os facilitadores o ponto é substituído pelo sinal “+”. Os fatores ambientais devem ser descritos sob a perspectiva da pessoa.

As estruturas do corpo podem ser codificadas com a utilização de três qualificadores. O primeiro qualificador descreve a extensão ou grau da deficiência, o segundo qualificador indica a natureza da mudança e o terceiro qualificador a localização da deficiência conforme Quadro 2.4.

| Primeiro Qualificador Extensão da Deficiência | Segundo Qualificador Natureza da Deficiência | Terceiro Qualificador Localização da Deficiência |
|---|---|---|
| 0 NENHUMA deficiência | 0 nenhuma mudança | 0 mais de uma região |
| 1 Deficiência LEVE | 1 ausência total | 1 direita |
| 2 Deficiência MODERADA | 2 ausência parcial | 2 esquerda |
| 3 Deficiência GRAVE | 3 parte adicional | 3 ambos os lados |
| 4 Deficiência COMPLETA | 4 dimensões aberrantes | 4 parte anterior |
| 8 não especificada | 5 descontinuidade | 5 parte posterior |
| 9 não aplicável | 6 desvio de posição | 6 proximal |
| | 7 mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido | 7 distal |
| | 8 não especificada | 8 não especificada |
| | 9 não aplicável | 9 não aplicável |

Quadro 2.4 – Escala de qualificadores para a estrutura do corpo (Organização Mundial da Saúde, 2003)

O componente Atividades e Participação pode ser codificado com dois qualificadores: o qualificador de desempenho e o qualificador de capacidade, ocupando o primeiro e o segundo dígitos após o ponto respectivamente. Desempenho é o que o indivíduo faz em seu ambiente habitual e capacidade descreve a habilidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação em um ambiente uniforme ou padrão, indicando o nível máximo de funcionalidade. O primeiro qualificador de desempenho descreve o que o indivíduo faz em seu ambiente habitual com a ajuda de um dispositivo de auxílio ou assistência pessoal. O segundo qualificador de capacidade descreve a habilidade real do indivíduo sem auxílio. Pode-se medir a capacidade com auxílio e o desempenho sem auxílio com a utilização de qualificadores adicionais (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Para descrever o perfil de funcionalidade de uma pessoa, pode ser necessário a designação de um conjunto de códigos, observando-se todos os componentes da CIF. Conforme a circunstância em que se realiza o contato, o usuário da classificação pode selecionar os códigos mais relevantes para descrever a experiência de saúde de um indivíduo (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Assim como para o registro da condição de saúde com o uso da CID-10 busca-se a informação com maior grau de especificidade, os estados de saúde e os estados relacionados à saúde devem ser registrados da forma mais específica possível, com a atribuição da categoria da CIF mais apropriada e a designação dos códigos mais específicos (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Conforme diretrizes éticas, a CIF deve ser sempre utilizada com o conhecimento pleno, a cooperação e o consentimento das pessoas cujos níveis de funcionalidade estão sendo classificados, respeitando-se a autonomia dos indivíduos. Logo, as informações codificadas pela CIF devem ser consideradas informações pessoais e sujeitas às regras de confidencialidade (Organização Mundial da Saúde, 2003).

## 2.2 APLICAÇÕES E USOS DA CIF

Para uma análise mais abrangente do processo saúde-doença-cuidado e para a obtenção de outros dados além da informação sobre o diagnóstico, surgiu o conceito

de uma família de classificações de saúde. Esse conjunto de classificações denominado “Família de Classificações da OMS” fornece um modelo conceitual das dimensões das informações relacionadas à saúde, bem como serve de modelo para a construção dos sistemas de informação de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2008, Buchalla; Laurenti, 2010). A Família de Classificações da OMS integra o grupo de classificações sociais e de saúde que compõe a Família de Classificações Econômicas e Sociais das Nações Unidas (Marcelino; Di Nubila, 2013).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão – CID-10 e a Classificação de Funcionalidade e Incapacidade em Saúde - CIF são as classificações de referência da “Família de Classificações Internacionais da OMS”. As classificações derivadas são baseadas nas classificações de referência e incluem as adaptações para especialidades, dentre elas a Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia – CID-OE. Juntas, essas classificações formam uma ferramenta abrangente capaz de abarcar os aspectos multidimensionais da saúde. (Organização Mundial da Saúde, 2008).

A CID-10 e a CIF são consideradas classificações complementares, sendo os usuários incentivados a utilizá-las em conjunto, pois, enquanto a CID-10 fornece a estrutura etiológica, a CIF fornece informações adicionais sobre a condição funcional, isto é, classifica a funcionalidade e a incapacidade associadas à condição de saúde. Essas informações sobre o diagnóstico e sobre a funcionalidade permitem descrever a saúde das pessoas ou de populações de forma ampla e significativa (Almeida, 2002; Organização Mundial da Saúde, 2003).

É importante compreender o significado do processo classificatório e do processo diagnóstico, fazendo uma distinção entre eles (Novaes, 1987). Em sua análise da construção histórica dos processos diagnósticos e classificatórios, Novaes (1987) conclui que toda classificação se apoia em conceitos e objetivos estabelecidos previamente que se refletem nos resultados obtidos e que é fundamental reconhecer que as classificações são produtos históricos, devendo ser utilizadas nessa perspectiva.

A CID-10 contém 12.420 códigos e a CIF 1424 códigos considerando-se as categorias até o quarto nível. Para a codificação, é fundamental o entendimento da lógica da classificação, pois tanto a CID quanto a CIF são constituídas por códigos que representam conceitos. Para acesso aos códigos é importante o conhecimento

da estrutura da classificação e a consulta ao índice alfabético (Marcelino; Di Nubila, 2013).

Vale ressaltar que o Capítulo XXI da CID-10, “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde”, já inclui alguns problemas sociais como fatores de risco à saúde (Buchalla, 2006), indicando uma sobreposição com a CIF.

Atualmente, a CID é a classificação utilizada como sistema de codificação para os sistemas de informação em saúde no Brasil (Marcelino; Di Nubila, 2013).

A CIF identifica as necessidades individuais das pessoas, permitindo a descrição e a classificação do processo saúde-doença, aumentando a qualidade e a individualidade dos dados relativos ao paciente. É uma ferramenta de pesquisa para medir resultados de serviços, a qualidade de vida e a influência dos fatores ambientais (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Também é uma ferramenta estatística para a coleta e registro de dados, permitindo o gerenciamento do sistema de informações. Vale ressaltar que o fornecimento de um esquema de codificação é importante para a construção de um sistema de informação em saúde (Organização Mundial da Saúde, 2003).

No sentido de facilitar a utilização da CIF a OMS publicou o documento intitulado, na tradução para o português, “Guia para Principiantes – Rumo a uma linguagem comum para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”. Esse documento fornece informações sobre os princípios básicos da classificação e sobre como a CIF pode ser usada (Organização Mundial da Saúde, 2002).

De igual modo, para facilitar a aplicação da CIF a OMS propôs uma lista de checagem (“*checklist”*), ou seja, uma lista mínima de capítulos e categorias relevantes para a obtenção e registro das informações. A lista contém 153 códigos selecionados: 39 códigos do componente Funções do Corpo; 20 códigos para Estruturas do Corpo; 57 códigos para Atividades e Participação; e 37 códigos para Fatores Ambientais (Organização Mundial da Saúde, sd).

A área de Medicina Física e Reabilitação é um dos campos no qual a aplicação da CIF tem sido explorada (Steiner et al., 2002; Stucki et al., 2008).

A CIF introduz uma nova forma de compreender a experiência de saúde de um indivíduo que vivencia uma incapacidade, considerando-se a complexidade envolvida nas interações entre as condições de saúde e contextos específicos (Di Nubila; Buchalla, 2008).

Ademais, a CIF fornece uma linguagem padronizada e um referencial teórico para descrever todos os aspectos da saúde humana. Seu modelo conceitual permite a integração das várias dimensões da saúde: a biológica, a individual e a social, indicando a complexidade do processo de análise da funcionalidade humana (Sampaio; Luz, 2009).

A saúde de um indivíduo inclui fundamentalmente sua capacidade de realizar atividades e tarefas requeridas para um envolvimento completo em todas as áreas da vida humana (Üstün et al., 2003a). Importa destacar que dois indivíduos com um diagnóstico idêntico podem ter diferentes níveis de funcionalidade (Sampaio et al. 2005) e essa informação sobre a condição funcional deve ser incluída nos prontuários de saúde (Üstün et al., 2003a).

Uma informação abrangente é imprescindível para a avaliação da incapacidade. Para tanto, a utilização de uma estrutura conceitual com elementos bem definidos, garante a qualidade desses dados. A estrutura da CIF fornece dados relevantes e consistentes, melhorando tanto o desenvolvimento de estatísticas quanto a capacidade analítica para quantificar a necessidade e o suprimento de serviços (Madden et al., 2003).

Portanto, a informação sobre a funcionalidade é essencial para o gerenciamento das necessidades, assim como, para o desenvolvimento e monitoramento das intervenções de reabilitação com o objetivo de se restabelecer funções e recuperar a saúde (Üstün et al., 2003a). Para isso, é necessário obter informação sobre a redução da capacidade de executar tarefas e ações em determinadas áreas da vida que são significativas para a pessoa (Üstün et al., 2003a).

Os dados sobre a condição funcional devem ser coletados sistematicamente através de um sistema de códigos abrangente, disponibilizando dados consistentes e comparáveis (Üstün et al., 2003a).

A abordagem biopsicossocial da CIF permite integrar as várias perspectivas da funcionalidade humana e descrever uma experiência de saúde na sua totalidade. Para isso, é recomendado coletar os dados relacionados a cada uma das três dimensões do modelo (biológica, individual e social) de forma independente para, em seguida, estudar as interações entre elas (Sampaio; Luz, 2009).

Ademais, é importante sublinhar que a incapacidade não resulta somente de uma determinada condição de saúde, mas se relaciona à influência de fatores sociais, psicológicos e ambientais (Sampaio; Luz, 2009).

O uso da CIF fornece informações relevantes sobre o nível de funcionalidade e incapacidade, sobre o acesso e a qualidade da assistência prestada, bem como, sobre os fatores contextuais que influenciam a saúde e a recuperação do indivíduo. Sua abordagem biopsicossocial relaciona a doença ao bem-estar e à qualidade de vida (Cieza; Stucki, 2008; Cieza et al., 2008; Férnandez-López et al., 2010).

Para se estabelecer o uso conjunto da CID e da CIF é necessário um alinhamento de conceitos e terminologias. No processo de revisão em andamento, a CID será complementada com “propriedades funcionais” que são um conjunto de categorias pré-selecionadas e reformuladas pela OMS do componente “Atividades & Participação” da CIF (Kostanjsek et al., 2011). Dessa forma, a CID também incluirá o conceito de funcionalidade. Essas propriedades possibilitam selecionar as categorias da CIF mais relevantes para uma determinada condição de saúde (Kohler et al., 2012).

Assim, uma das mais importantes perspectivas para a implementação da CIF é o seu alinhamento com a CID (Kostanjsek, 2011). O contexto de desenvolvimento da CID-11 oferece a oportunidade de se criar uma representação lógica e formal do conhecimento contido na classificação. Conforme mencionado anteriormente, a lista de categorias da CIF proposta como base para a identificação e formulação das propriedades funcionais permitirá descrever o impacto das condições de saúde, facilitando o uso conjunto da CID e da CIF (Kostanjsek et al., 2011).

Em revisões da literatura que relatam a aplicabilidade, o uso e implementação da CIF (Bruyère et al., 2005; Jelsma, 2009), foram citados três artigos utilizando o Guia para usuários da CIF da Austrália. Poucos artigos referiram o uso de qualificadores (Jelsma, 2009). Alguns problemas como a sobreposição de alguns códigos, por exemplo, e4 (atitudes) / e5 (apoio e relacionamentos) e a granularidade inadequada (como no código b152-funções emocionais) também foram apontados (Jelsma, 2009).

A utilização, operacionalização e interpretação da CIF foram estudadas em revisão sistemática da literatura que considerou o período desde o lançamento da CIF em 2001 até dezembro de 2009. Foram identificados 672 artigos de 34 países em 211 revistas. Verificou-se que a maioria dos artigos (30,8%) eram artigos conceituais, demonstrando a necessidade inicial de um maior entendimento do modelo proposto e da estrutura da classificação. Em 2008 e 2009 foram publicados 224 artigos. Os resultados dessa revisão são provenientes principalmente da base de dados em medicina e psicologia (Cerniauskaite et al., 2011).

Em revisão sistemática da literatura sobre a conceituação dos fatores pessoais, verificou-se que os fatores pessoais da CIF necessitam de uma padronização e têm potencial para melhorar o entendimento da funcionalidade, incapacidade e saúde, fortalecendo a perspectiva individual na CIF (Geyh et al., 2011).

As definições operacionais são importantes para a aplicabilidade da CIF e, portanto, devem ser suficientemente detalhadas e úteis para uma seleção adequada de itens na avaliação da incapacidade (Anner et al., 2012).

A Associação Americana de Psicologia e a OMS estão trabalhando para desenvolver um “Manual de Procedimentos e Guia para Aplicação Padronizada da CIF” para uso por profissionais de saúde. O manual inclui definições operacionais dos conceitos e exemplos de cada código. O propósito do manual é fornecer aos profissionais de saúde uma orientação necessária para uma classificação confiável, válida e útil clinicamente, facilitando a implementação clínica da CIF (Reed et al., 2005).

Na Irlanda, o uso da estrutura conceitual da CIF no primeiro levantamento nacional de incapacidade, permitiu englobar um maior número de pessoas com incapacidade, além de mostrar que os fatores ambientais na CIF são abrangentes e politicamente relevantes (Good, 2011).

Para permitir que as informações de saúde e relacionadas à saúde dos instrumentos de medida existentes sejam traduzidas para a CIF foram desenvolvidas regras de ligação (*linking rules*) em 2002 (Cieza et al., 2002). Essas regras foram atualizadas em 2005, padronizando o processo de vinculação e ampliando seu uso (Cieza et al., 2005).

O processo de vinculação da CIF com o conteúdo dos instrumentos de qualidade de vida permitiu uma comparação entre eles, facilitando a seleção do instrumento mais adequado para uma determinada situação, bem como fornecendo informações sobre as categorias da CIF que requerem uma maior especificação (Cieza; Sucki, 2005).

Esse processo de vinculação entre medidas de estados de saúde e a CIF envolve vários aspectos, entre eles, o método escolhido para o preparo das unidades de informação, a definição de quem são os avaliadores, a confiabilidade do processo e a equivalência na tradução de textos em categorias da CIF, conforme demonstra revisão sistemática da literatura realizada entre 2001 e fevereiro de 2008 (Fayed et al., 2011).

Índices de qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde são medidas que representam os efeitos na saúde na perspectiva do indivíduo. Em estudo que analisou os itens de cinco dessas medidas, vinculando-as à CIF, verificou-se que aspectos relacionados à função são mais comumente identificados no conteúdo dessas medidas (Mayo et al., 2011).

No conceito de saúde proposto pela CIF, Nordenfelt (2006) avalia a relevância do qualificador de desempenho e propõe a introdução de um qualificador de oportunidade, explicando que a possibilidade de executar uma ação depende não só da capacidade, mas também da oportunidade oferecida e da vontade do indivíduo.

Na definição proposta pela CIF, incapacidade indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais). Incapacidade é um termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Uma definição de incapacidade deve incluir todos os aspectos envolvidos na incapacidade (funcionalidade relativa ao corpo, à pessoa e à sociedade), deve destacar a natureza interativa dinâmica da incapacidade e, também, reconhecer o papel da condição de saúde e dos fatores ambientais na produção e mediação da experiência da incapacidade (Leonardi et al., 2006).

Conforme definição de Ueda e Okawa (2003), a dimensão subjetiva da funcionalidade e incapacidade humana é o conjunto de estados cognitivos, emocionais e motivacionais de uma pessoa. O reconhecimento desses aspectos da experiência subjetiva auxilia tanto o profissional quanto os pacientes no entendimento do estado de saúde e relacionados à saúde (Ueda; Okawa, 2003).

A identificação das fontes de informação significativas, tais como o autorrelato, relato de próximos, observação direta, possibilita reunir informações para o uso do qualificador de desempenho. O qualificador de desempenho representa a experiência vivida pelo indivíduo, que é subjetiva e individual. Vale salientar que a participação é basicamente uma experiência subjetiva (Reed et al., 2005).

No conceito de participação na CIF considera-se o aspecto do envolvimento em situações de vida (Organização Mundial da Saúde, 2003). Esse envolvimento, em uma perspectiva ocupacional, pode ser avaliado tanto por um observador externo quanto pelo próprio indivíduo, realçando a experiência subjetiva de significado e autonomia. Nessa perspectiva, é importante considerar a influência dos fatores

ambientais que podem ser ao mesmo tempo barreiras e facilitadores para a participação (Hemmingson; Jonsson, 2005). Para Perenboom e Chorus (2003), o conceito de participação inclui a autonomia e a capacidade de ter controle sobre a própria vida.

O processo de vinculação de categorias da CIF com conceitos significativos identificados em instrumentos que medem a participação permitem observar a operacionalização do conceito de participação, verificando quais são os domínios incluídos em cada um dos instrumentos avaliados (Noonan et al., 2009).

Jelsma (2009) relata que diretrizes para a utilização e codificação estão disponíveis na versão completa da CIF (Organização Mundial da Saúde, 2003), no guia para principiantes (Organização Mundial da Saúde, 2002) e no guia para usuários da CIF da Austrália (Australian Institute of Health and Welfare, 2003).

A definição do nível de granularidade ou nível da detalhe da CIF a ser utilizado deve se adequar ao propósito do usuário. Da mesma forma, o usuário pode selecionar os domínios de interesse para obter o perfil de funcionalidade de uma pessoa (Üstün et al., 2003b).

Incorporar o uso da CIF em prontuários eletrônicos de saúde permite a criação de indicadores funcionais, melhorando a informação sobre o estado funcional em formato compatível com a estrutura de bancos de dados administrativos de saúde (Mayo et al., 2004).

## 2.3 CIF E SAÚDE DO TRABALHADOR

Os dados epidemiológicos são fundamentais para o planejamento de programas de saúde bucal do trabalhador, bem como para a implantação de um sistema eficaz de informação em saúde (Almeida; Vianna, 2005).

As classificações internacionais da OMS são ferramentas que auxiliam os profissionais da área de saúde do trabalhador na abordagem clínico-epidemiológica da saúde do indivíduo em relação ao seu trabalho (Reis; Ribeiro, 2003).

A utilização adequada das classificações confere qualidade ao registro das informações em saúde, disponibilizando dados corretos sobre o perfil de adoecimento dos trabalhadores (Laurenti; Buchalla, 1999; Almeida, 2002; Madden et al., 2003).

Para a análise das questões relativas à saúde do trabalhador, é fundamental observar as múltiplas dimensões envolvidas no processo de saúde, funcionalidade e incapacidade, considerando a importância do ambiente físico, social e de atitudes (Di Nubila, 2010).

Os métodos para a coleta, o processamento, a utilização e avaliação das informações devem seguir critérios técnicos que observem a integralidade da saúde do trabalhador e sua relação com o ambiente (Reis; Ribeiro, 2003). Uma abordagem epidemiológica deve ser capaz de abarcar a riqueza e a complexidade dos fenômenos da saúde (Almeida Filho, 2000).

A informações sobre o estilo de vida e o ambiente de trabalho possibilitam o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde. Vale sublinhar a importância da avaliação da qualidade de vida em saúde do trabalhador, validando os aspectos subjetivos e incluindo a perspectiva do indivíduo (Reis; Arantes, 2013).

Em saúde do trabalhador, a utilização mais frequente da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID é a sua apresentação em atestados para justificar uma falta ao trabalho (Araújo, 1997; Mazzilli, 2007). Essas codificações da CID em atestados devem corresponder ao fator determinante do afastamento, permitindo a análise estatística da prevalência e do perfil de morbidade que gera o afastamento do trabalho.

O uso isolado da CID permite avaliar o perfil de morbidade que gera afastamento do trabalho. Mas, somente a informação sobre o diagnóstico não fornece a informação necessária para o gerenciamento e planejamento de saúde (Di Nubila, 2010). Para isso, obter informações sobre a necessidade de serviços, nível de cuidados ou resultados funcionais é fundamental (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Com o uso complementar da CIF agregam-se informações sobre a funcionalidade e incapacidade relacionadas à condição de saúde. Portanto, o uso conjunto da CID e da CIF deve ser considerado para avaliação das necessidades e dos resultados funcionais de intervenções (Stucki et al., 2002).

Decisões sobre a habilitação ao benefício da licença para tratamento de saúde são baseadas nas informações fornecidas em atestados de saúde (Brasil, 2009). A descrição da funcionalidade em atestados complementa o diagnóstico classificado pela CID.

Em estudo que avaliou a descrição da funcionalidade em atestados

apresentada na forma de texto livre, complementando a informação fornecida pela CID, verificou-se que o conteúdo do texto, em sua maioria, poderia ser classificado pela CIF. A inclusão da avaliação funcional e o uso da CIF facilitam a comunicação entre o profissional assistente, o paciente e o profissional da seguridade social (Morgell et al., 2011).

Em estudo qualitativo realizado para avaliação da descrição da funcionalidade em atestados, verificou-se que essas informações ainda são escassas e predominantemente orientadas para aspectos das funções do corpo (Nilsing et al., 2011).

A publicação de diretrizes, que incluem a necessidade da avaliação da funcionalidade estar bem documentada em atestados de saúde, resultou na melhoria da qualidade dos atestados, cujas informações foram analisadas utilizando-se a estrutura da CIF (Nilsing et al., 2012).

As interações entre os componentes da CIF foram analisadas em estudo qualitativo que descreve o processo de funcionalidade e incapacidade na perspectiva do indivíduo, destacando fatores importantes tais como o apoio social, os benefícios da Previdência Social, a utilização do transporte público e o acesso ao sistema de saúde. Ressalta a influência dos fatores pessoais, tais como as formas de enfrentamento e estratégias de ressignificação da vida (Lima et al., 2010).

Durante o processo de implementação da CIF na Itália, estudo realizado descreve o desenvolvimento de uma *checklist* da CIF para trabalhadores e de um protocolo para avaliação da incapacidade. A *checklist* da CIF para trabalhadores apresentada contém 183 categorias, sendo 89 pertencentes ao domínio de Atividades & Participação, 45 do domínio Funções do Corpo, 16 do domínio Estruturas do Corpo e 33 do domínio Fatores Ambientais. O uso dessa ferramenta baseada na CIF, facilita a comunicação e a troca de informações entre empregados e empregadores (Conclave et al., 2009).

Na avaliação da capacidade para o trabalho, profissionais da seguridade social consideraram importantes os aspectos relacionados às funções e estruturas do corpo e à participação (Slebus et al., 2007). Para os profissionais de reabilitação vocacional, a estrutura conceitual da CIF pode ser utilizada para organizar a informação. A CIF fornece uma perspectiva abrangente para a recolocação profissional e para o processo de reabilitação, realçando a interação dinâmica entre as múltiplas dimensões relacionadas à funcionalidade, incapacidade e saúde (Homa, 2007).

Dentre as aplicações da CIF em Saúde do Trabalhador está a avaliação da elegibilidade a benefícios por peritos da Previdência Social (Marcelino; Di Nubila, 2013).

Portanto, a CIF pode ser utilizada na avaliação da incapacidade para o trabalho por peritos, contribuindo para incorporar evidência na tomada de decisão. O modelo da CIF serve como um esquema para organizar a informação, bem como para definir as perguntas e selecionar os termos em uma estratégia de busca de evidências científicas. Vale ressaltar que, a incapacidade para o trabalho é considerada parte do conceito de “Participação” da CIF (Kok et al., 2011).

Nas avaliações da incapacidade para o trabalho de longo prazo, os peritos podem utilizar várias fontes de informação. Uma fonte de informação é o próprio periciado, que tem a oportunidade de apresentar seus argumentos. Para melhorar a capacidade analítica e a qualidade das avaliações, o perito também pode solicitar informações ao profissional de saúde que prestou a assistência, ao empregador ou a peritos externos (De Boer et al., 2009).

Resumindo, a área de saúde do trabalhador é um dos campos promissores de aplicação da CIF. A avaliação da incapacidade laborativa por peritos requer informações estratégicas que podem ser obtidas com a utilização do modelo biopsicossocial da CIF. Vale destacar que a compreensão da lógica de codificação é fundamental para qualificar a atuação pericial (Marcelino; Di Nubila, 2013).

## 2.4 CIF E SAÚDE BUCAL

O Manual dos Usuários da CIF da Austrália indica as referências específicas da CIF para avaliação da condição de saúde bucal e suas consequências (Australian Institute of Health and Welfare, 2003).

Em saúde bucal, a proposta de um novo modelo de análise baseado nos conceitos e na linguagem da CIF tenta explicar as relações entre os principais componentes da saúde bucal, considerando a influência dos valores pessoais e sociais (MacEntee, 2006). Com efeito, os procedimentos de avaliação da condição de saúde bucal devem considerar essas interações para uma intervenção mais adequada.

Conforme destaca MacEntee (2006) avaliar o que é significativo para o paciente permite obter informações adequadas sobre o impacto da condição de saúde bucal no indivíduo.

Estudo sobre a satisfação com a saúde bucal em uma população com 65 anos de idade, utilizando o modelo da CIF, verifica que a maioria dos fatores explicativos foi identificado no componente Funções do Corpo: aparência dos dentes, dor de dente, sensação de queimação na boca e mastigação (Ekback et al., 2012).

Vários estudos utilizam o core set para câncer de cabeça e pescoço para avaliação de resultados de intervenções (Tschiesner et al., 2012), bem como para avaliar o impacto da doença na perspectiva do profissional e do paciente (Tschiesner et al., 2009; Tschiesner et al., 2010a; Rogers et al., 2010). O desenvolvimento do *core set* para cabeça e pescoço foi analisado em estudo de Tschiesner et al. (2010b), assim como seu processo de validação (Becker et al., 2010).

Em relação ao impacto do câncer de cabeça e pescoço, estudos realizados concluem que há diferenças importantes entre a perspectiva do profissional e do paciente (Tschiesner et al., 2010a; Rogers et al., 2010).

Prosseguindo, em relação ao câncer de cabeça e pescoço, o conteúdo de nove questionários que avaliam a qualidade de vida foi vinculado à CIF de acordo com as regras de vinculação ou *linking rules*. Foram identificadas oito categorias utilizadas com maior frequência nesses questionários: e110 - Produtos ou substâncias para consumo pessoal; b510 – Funções de ingestão; b152 – Funções Emocionais; b280 – Sensação de dor; b310 – Funções da voz; d550 – Comer; b130 – Funções da energia e impulsos; e d850 - Trabalho remunerado (Tschiesner et al., 2008).

Durante trabalhos relacionados à iniciativa de uso conjunto da CID e CIF, a fenda labial, a fenda palatina e o câncer bucal foram as condições relativas à área odontológica consideradas relevantes para reabilitação (Kohler et al., 2012).

Para desenvolver um *core set* da CIF-CJ para saúde bucal, um estudo preliminar identificou as categorias que mais frequentemente apareceram em crianças e jovens com necessidades de cuidado especial. Todos os capítulos do componente atividades e participação foram representados nessa lista. Os facilitadores mais presentes foram: apoio e atitudes de amigos, família e profissionais de saúde. Por outro lado, a única barreira citada foi atitude social (Faulks et al., 2013).

A partir da aplicação de uma seleção de 18 códigos da CIF, estudo realizado em pacientes com deficiência intelectual permitiu identificar os seguintes preditores

para tratamento odontológico sob anestesia geral: dor na cabeça e pescoço; serviços, sistemas e políticas de transporte; e serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento. Nesse estudo, para o código s3200 (Estrutura da boca-dentes) foi desenvolvido um sistema de qualificação específico em substituição ao sistema de qualificadores original da CIF, considerando o número de elementos dentários perdidos (Petrovic et al., 2011).

Um outro estudo que avaliou pacientes com deficiência intelectual concluiu que a aplicação do sistema da CIF com no mínimo 16 códigos selecionados, pode identificar os preditores para a tolerabilidade ao tratamento odontológico. Da mesma forma que o estudo mencionado anteriormente, o sistema de qualificadores original da CIF foi adaptado (Maeda et al., 2005).

Em resumo, observa-se que os estudos supracitados relativos à utilização da CIF referem-se a populações específicas: idosos; pacientes com câncer de cabeça e pescoço; crianças e adolescentes com deficiência intelectual ou necessidades de cuidados especiais.

# 3 PROPOSIÇÃO

Subsidiar uma proposta de avaliação do absenteísmo odontológico com a aplicação prática da CIF, possibilitando uma melhor compreensão do processo vivenciado pelo trabalhador e considerando sua relação com o bem-estar e a qualidade de vida.

## 3.1 OBJETIVO GERAL

Aplicar a CIF em perícias odontológicas para avaliação dos estados de saúde e relacionados à saúde de indivíduos que necessitaram de afastamento do trabalho para tratamento de saúde.

## 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- utilizar a CIF em perícias odontológicas, complementarmente ao uso da CID-10 e da CID-OE

- descrever o perfil de funcionalidade relacionados à incapacidade para o trabalho por motivo odontológico, identificando os problemas mais frequentes nas funções do corpo, estruturas da corpo, atividades e participação e os principais fatores ambientais encontrados

# 4 METODOLOGIA

## 4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um serviço público que realiza perícias odontológicas e foi conduzido na cidade de São Paulo.

## 4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Na pesquisa, os servidores públicos que necessitaram de afastamento do trabalho por motivo odontológico foram avaliados pela pesquisadora, no período entre 24 de abril de 2012 a 26 de junho de 2013, com total de 41 participantes.

## 4.3 FONTE DE DADOS

Os dados utilizados nesta pesquisa foram obtidos durante a realização das perícias odontológicas de servidores públicos que necessitaram de licença para tratamento de saúde por motivo odontológico.

## 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi executada pela pesquisadora durante a realização das perícias odontológicas em datas previamente agendadas. Inicialmente foi realizado o exame clínico e a anamnese próprios da avaliação pericial para coleta de informações sobre a condição de saúde que gerou o afastamento do trabalho. Os periciados foram convidados a participar da pesquisa e após uma explicação preliminar sobre o tema

da pesquisa e a concordância verbal, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) com posterior assinatura e entrega de uma cópia ao participante.

A coleta de dados iniciou-se com a aplicação da pergunta aberta: “Cite as três maiores dificuldades encontradas durante o seu período de afastamento do trabalho por motivo odontológico”. Complementarmente, solicitou-se ao entrevistado a descrição do enfrentamento para cada dificuldade referida (estratégias desenvolvidas). Tanto as dificuldades quanto as estratégias referidas nessa questão foram codificados posteriormente utilizando-se como referencial teórico o modelo conceitual e a estrutura da CIF, sendo agrupadas nos seguintes componentes da classificação: funções do corpo (b); estruturas do corpo (s); atividades e participação (d); e fatores ambientais: (e). Se uma resposta contivesse mais de um aspecto da funcionalidade, cada aspecto foi codificado separadamente.

Para a codificação foram observadas as definições operacionais padronizadas dos domínios da saúde e relacionados à saúde da CIF que descrevem os atributos de cada domínio e fornecem informações sobre o que o domínio inclui ou exclui.

Em seguida, para a coleta de informações foi utilizado um formulário (APÊNDICE A) com uma seleção de categorias da CIF. Foram incluídas todas as categorias relacionadas à saúde bucal do Manual de usuários da CIF da Austrália - *ICF Australian User Guide* (Australian Institute of Health and Welfare, 2003) e as categorias mais detalhadas do estudo de De Jaegher et al. (2011) apresentado na Reunião Anual dos Centros Colaboradores para a Família de Classificações Internacionais da OMS (*Annual Meeting of the International Network of WHO-FIC Collaborating Centres* - WHO-FIC 2011) que avaliou o vínculo de instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde bucal (OHIP - *Oral Health Impact Profile*, GOHAI – *General Oral Health Assessment Index* e OIDP – Oral Impacts on Daily Performances) com a CIF. Também foram incluídas categorias selecionadas pela pesquisadora a partir da leitura da versão completa da CIF e de sua experiência em avaliação pericial.

O Quadro 4.1 mostra as categorias selecionadas para compor o formulário e indica a fonte utilizada.

| Componente | *Categoria da CIF* | | | | Título | Seleção |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Capítulo | 2º Nível | *3º Nível* | *4º Nível* | | |
| **Funções do corpo** | | | *b1263* | | Estabilidade Psíquica | J |
| | | | *b1266* | | Confiança | J |
| | | | *b1302* | | Apetite | P |
| | | | *b1342* | | Manutenção do sono | J |
| | | | *b1400* | | Manutenção da atenção | J |
| | | | *b1470* | | Controle Psicomotor | J |
| | | b152 | | | Funções emocionais | J |
| | | | *b1800* | | Experiência Pessoal | J |
| | | | *b1801* | | Imagem do corpo | J |
| | | b250 | | | Função Gustativa | J |
| | | b265 | | | Função tátil | P |
| | | | | *b28010* | Dor na cabeça ou pescoço | A/J |
| | | | | *b28016* | Dor nas articulações | P |
| | | b320 | | | Funções da articulação | J |
| | | b450 | | | Funções respiratórias adicionais | P |
| | | | *b5100* | | Sugar | A |
| | | | *b5101* | | Morder | A/J |
| | | | *b5102* | | Mastigar | A/J |
| | | | *b5103* | | Manipulação dos alimentos na boca | A |
| | | | *b5104* | | Salivação | A |
| | | | | *b51050* | Deglutição oral | A/J |
| | | b535 | | | Sensações associadas ao sistema digestivo | J |
| | | | *b7100* | | Mobilidade de uma única articulação | P |
| | | | *b7150* | | Estabilidade de uma única articulação | P |
| | | | *b7652* | | Tiques e Maneirismos | P |
| | | | *b7800* | | Sensação de rigidez muscular | P |
| **Estrutura do Corpo** | | | *s3200* | | Dentes | J |
| | | | *s3201* | | Gengivas | J |
| | | | *s3202* | | Estrutura do Palato | A |
| | | | *s3203* | | Língua | A |
| | | | | *s32040* | Lábio superior | A |
| | | | | *s32041* | Lábio Inferior | A |
| | | | *s7101* | | Ossos da face | P |
| | | | *s7103* | | Articulações da região da cabeça e pescoço | P |
| **Atividades e Participação** | | d230 | | | Realizar a rotina diária | P |
| | | d330 | | | Fala | A/J |
| | | | *d3350* | | Produção de linguagem corporal | J |
| | | | *d5201* | | Cuidado dos dentes | A/J |
| | | d550 | | | Comer | A/J |
| | | d560 | | | Beber | A |
| | | | *d5701* | | Controle da dieta e forma física | A |
| | | | *d5702* | | Manter a própria saúde | P |
| | | | *d7102* | | Tolerância nos relacionamentos | J |
| | | | *d7105* | | Contato físico nos relacionamentos | A |
| | | | *d7202* | | Regulação dos comportamentos nas interações | J |
| | | d850 | | | Trabalho remunerado | J |
| | | d870 | | | Autossuficiência econômica | J |
| | | d920 | | | Recreação e Lazer | J |
| **Fatores Ambientais** | | | *e1100* | | Alimentos | P |
| | | | *e1101* | | Medicamentos | J |
| | | | *e1150* | | Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária | P |
| | | | *e1151* | | Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária | J |
| | e3 | | | | Apoio e relacionamentos | P |
| | e4 | | | | Atitudes | P |
| | | e580 | | | Serviços, sistemas e políticas de saúde | P |
| | | e590 | | | Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego | P |

**J** – De Jaegher et al. **A** – ICF Australian User Guide **P** – Seleção da pesquisadora

Quadro 4.1 – Categorias da CIF selecionadas para compor o formulário

O formulário serviu de guia e orientação para o andamento da interlocução. As definições operacionais padronizadas propostas pela CIF foram utilizadas como referência para elaborar as questões relativas à cada categoria. A sequência das categorias seguiam a ordem dos componentes e capítulos da CIF. Para cada categoria foram solicitadas respostas sobre a extensão da deficiência, da dificuldade, do facilitador ou da barreira em dois momentos: durante o afastamento do trabalho (durante o período da licença saúde) e no momento da avaliação pericial (na data da perícia).

No formulário foram incluídas 26 categorias do componente “Funções do corpo” (6 de segundo nível; 18 de terceiro nível e 2 de quarto nível); 8 categorias do componente “Estruturas do corpo” (6 de terceiro nível e 2 de quarto nível); 14 categorias do componente “Atividades & Participação” (7 de segundo nível e 7 de terceiro nível). No componente “Fatores Ambientais” foram incluídos 2 capítulos, 2 categorias de segundo nível e 4 de terceiro nível. Todas as categorias dos capítulos e3 (Apoio e relacionamentos) e e4 (Atitudes) foram transcritas no formulário, com exceção das categorias “outros especificadas” e “não especificadas’.

O Quadro 4.2 mostra os capítulos selecionados de cada componente e o número de códigos (categorias) de cada domínio (capítulo).

| Componente | Capítulo | Título | Número de Códigos |
|---|---|---|---|
| **Funções do corpo** | b1 | Funções Mentais | 9 |
| | b2 | Funções Sensoriais e dor | 4 |
| | b3 | Funções da voz e da fala | 1 |
| | b4 | Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório | 1 |
| | b5 | Funções do sistema digestivo, metabólico e endócrino | 7 |
| | b7 | Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento | 4 |
| **Estruturas do corpo** | | | |
| | s3 | Estruturas relacionadas à voz e a fala | 6 |
| | s7 | Estruturas relacionadas ao movimento | 2 |
| **Atividades e Participação** | | | |
| | d2 | Tarefas e demandas gerais | 1 |
| | d3 | Comunicação | 2 |
| | d5 | Cuidado Pessoal | 5 |
| | d7 | Relações e interações interpessoais | 3 |
| | d8 | Áreas principais da vida | 2 |
| | d9 | Vida comunitária, social e cívica | 1 |
| **Fatores ambientais** | | | |
| | e1 | Produtos e tecnologia | 4 |
| | e3 | Apoio e relacionamentos | 11 |
| | e4 | Atitudes | 12 |
| | e5 | Serviços, sistemas e políticas | 2 |

Quadro 4.2 – Número de códigos e capítulos selecionados de cada componente

As respostas às questões foram transcritas no formulário no momento da entrevista e os dados do exame clínico anotados. Em uma etapa posterior, as respostas foram codificadas para os dois momentos (no afastamento do trabalho e na avaliação pericial), com exceção do componente “Estruturas do corpo” examinado somente no momento da perícia. Para os componentes Funções e Estruturas do corpo, utilizou-se apenas o qualificador de gravidade. Para o componente “Atividades e Participação” utilizou-se o qualificador de desempenho. Os Fatores ambientais foram qualificados como barreiras ou facilitadores.

No componente “Atividades e participação” foram utilizados os mesmos domínios tanto para Atividades como para Participação com sobreposição total dos domínios, não sendo feita distinção entre funcionalidade individual (atividade) e funcionalidade social (participação).

Para os Fatores ambientais utilizou-se o qualificador genérico de acordo com a Convenção 1 do Anexo 2 da CIF, ou seja, os fatores ambientais foram codificados independentemente, sem relacionar esses códigos às funções do corpo, estruturas do corpo ou atividades e participação (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Os qualificadores foram registrados utilizando a escala: qualificadores: 0-nenhum problema; 1-problema leve; 2-problema moderado; 3- problema grave; 4-problema completo; qualificadores 8 (não especificado); e 9 (não aplicável).

A condição de saúde bucal que gerou o afastamento do trabalho foi codificada de acordo com a CID-10 e CID-OE. Foram atribuídos um código para a afecção principal e até 6 códigos adicionais para outras afecções ou condições. Essas codificações foram realizadas a partir da informação do atestado odontológico, do relato do paciente, do exame clínico e da anamnese próprios do ato de avaliação odontológica pericial.

## 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os registros provenientes da base de dados foram digitados e analisados no Programa Microsoft Excel, STATA e SPSS.

Para a CID-10 e CID-OE, a distribuição de frequências foi analisada por capítulo, agrupamentos, categoria ou subcategoria.

Para a CIF a distribuição de frequências foi analisada por componente (funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais), capítulos e por cada categoria selecionada.

## 4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (CEP/FOUSP) e aprovado pelo Parecer– Protocolo 96/11 – CAAE 0111.0.017.000 -11 (ANEXO A).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os propósitos do estudo e todos deram seu consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

# 5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados em 5 tópicos: (1) perfil da população do estudo; (2) aspectos relacionados às codificações pela CID-10 e CID-OE; (3) aspectos relacionados ao perfil de morbidade; (4) aspectos relacionados ao tempo de afastamento; e (5) aspectos relacionados ao perfil de funcionalidade.

## 5.1 PERFIL DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram da pesquisa 41 pessoas com necessidade de afastamento do trabalho para tratamento de saúde por motivo odontológico.

### 5.1.1 Frequência segundo o sexo

A tabela 5.1 mostra que a população do estudo foi predominantemente do sexo feminino (70,73%).

Tabela 5.1 – Distribuição dos servidores públicos avaliados em perícias odontológicas segundo o sexo

| Sexo | n | % |
|---|---|---|
| Feminino | 29 | 70,73% |
| Masculino | 12 | 29,27% |
| Total | 41 | 100,00% |

### 5.1.2 Frequência segundo média etária

A média aritmética da idade foi de 47,80 anos. A média etária dos homens foi de 48,5 anos e a média etária das mulheres foi de 47,52 anos conforme tabela 5.2. As médias etárias dos homens e mulheres foram próximas.

Tabela 5.2 – Distribuição dos servidores públicos avaliados em perícias odontológicas segundo a média etária

| Sexo | Média Etária | Desvio Padrão | Mínima | Máxima |
|---|---|---|---|---|
| Feminino | 47,52 | 10,59 | 28 | 69 |
| Masculino | 48,5 | 13,08 | 32 | 67 |

### 5.1.3 Frequência segundo o grau de instrução

A população do estudo tem nível de instrução diferenciado, predominantemente ensino superior e especialização conforme mostra a tabela 5.3. Nenhum caso tem menos do que o ensino médio e 75,61% da amostra tem curso superior.

Tabela 5.3 – Distribuição dos servidores públicos avaliados em perícias odontológicas segundo o grau de instrução

| Grau de Instrução | n | % |
|---|---|---|
| Ensino Médio completo | 10 | 24,39% |
| Ensino Superior completo | 6 | 14,63% |
| Especialização | 23 | 56,10% |
| Mestrado | 2 | 4,88% |
| Total | 41 | 100,00% |

## 5.2 ASPECTOS RELACIONADOS ÀS CODIFICAÇÕES PELA CID-10 E CID-OE

Para a codificação das condições de saúde do total de servidores avaliados (n=41) foram encontrados 30 códigos da CID-10 distribuídos nos seguintes agrupamentos e capítulos: agrupamento “Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares” (n=14) do Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo; agrupamento “Sintomas e sinais relativos à pele e ao tecido celular subcutâneo” (n=1) do Capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; agrupamentos “Traumatismo da cabeça” (n=5) e “Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte” (n=4) do Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; agrupamento “Ciclista traumatizado em acidente de transporte” (n=1) do Capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade; e agrupamentos “Pessoas em contato com os serviços de saúde para cuidados e assistência à saúde específicos” (n=2) e “Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com história familiar e pessoal e certas afecções que influenciam o estado de saúde” (n=3) do Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Os 30 códigos foram distribuídos em 1 “afecção principal” e até 6 “outras afecções” (Tabela 5.4), totalizando 112 codificações segundo a CID-10 e 15 codificações segunda a CID-OE (Tabela 5.5).

Tabela 5.4 – Distribuição dos casos segundo o número de afecções codificadas pela CID-10

| CID-10 | n | % |
|---|---|---|
| 1 Afecção Principal | 5 | 12,20% |
| 1 Afecção Principal e 1 Outra afecção | 18 | 43,90% |
| 1 Afecção Principal e 2 Outras afecções | 7 | 17,07% |
| 1 Afecção Principal e 3 Outras afecções | 8 | 19,51% |
| 1 Afecção Principal e 4 Outras afecções | 1 | 2,44% |
| 1 Afecção Principal e 5 Outras afecções | 1 | 2,44% |
| 1 Afecção Principal e 6 Outras afecções | 1 | 2,44% |
| **Total** | 41 | 100,00% |

Em 87,80% dos casos foi possível a atribuição de mais de um código da CID-10 para a condição de saúde do indivíduo. Em 5 casos (12,20%) foi codificada apenas a afecção principal.

Tabela 5.5 – Distribuição das codificações segundo a CID-10 e CID-OE

| Caso | CID 1 | CID-OE 1 | CID 2 | CID-OE 2 | CID 3 | CID-OE 3 | CID 4 | CID-OE 4 | CID 5 | CID-OE 5 | CID-6 | CID-OE 6 | CID-7 | CID-OE 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | K08.1 *(1)** | - | S02.5 | S02.53 | Z94.6 | - | Z54.0 | - | Z97.2 | - | - | - | - | - |
| 2 | K08.1 *(1)* | - | Z96.5 *(2)* | - | S02.5 | S02.53 | K00.0 | - | Z54.0 | - | Z97.2 | - | - | - |
| 3 | Z96.5 *(3)*** | - | Z94.6 | - | Z54.0 | - | Z97.2 | - | - | - | - | - | - | - |
| 4 | K05.5 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 5 | K06.8 | K06.82 | T81.3 | - | Z54.0 | - | Z97.2 | - | - | - | - | - | - | - |
| 6 | K08.1 *(2)** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 7 | Z96.5 *(1)*** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 8 | K08.1 *(1)** | - | K01.0 | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 9 | K06.0 | K06.00 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 10 | K05.3 | K05.30 | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 11 | Z96.5 *(2)*** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 12 | T81.8 | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 13 | K04.0 | K04.01 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 14 | Z46.3 | - | K05.0 | K05.08 | Z97.2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 15 | K08.1 *(1)** | - | S02.5 | S02.54 | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 16 | Z96.5 *(1)*** | - | Z54.0 | - | T85.9 | - | R20.2 | - | - | - | - | - | - | - |
| 17 | K09.2*** | K09.29 | Z54.0 | - | T81.2 | - | R20.2 | - | - | - | - | - | - | - |
| 18 | K02.1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 19 | K08.1 *(8)** | - | Z96.5 *(4)* | - | Z54.0 | - | Z97.2 | - | - | - | - | - | - | - |
| 20 | K05.5 | - | T85.9 | - | Z54.0 | - | Z97.2 | - | - | - | - | - | - | - |
| 21 | K05.5 | - | T85.9 | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 22 | K08.1 *(1)** | - | S02.5 | S02.52 | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 23 | K11.6 | K11.61 | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 24 | K08.1 *(2)** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 25 | S02.7*** | S02.70 | S02.4 | S02.41 | S02.3 | - | S03.2 | - | R20.2 | - | V18.4 | - | Z54.0 | - |
| 26 | Z96.5 *(1)*** | - | Z54.0 | - | Z97.2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 27 | K08.1 *(4)** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 28 | Z96.5 *(6)*** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 29 | K08.1 *(2)** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 30 | K08.1 *(1)** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 31 | K08.1 *(1)** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 32 | Z96.5 *(1)*** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 33 | Z96.5 *(1)*** | - | Z46.3 | - | Z54.0 | - | Z97.2 | - | - | - | - | - | - | - |
| 34 | K08.1 *(1)** | - | Z96.5 *(1)* | - | Z94.6 | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - |
| 35 | K08.1 *(1)** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 36 | K08.1 *(1)** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 37 | K08.1 *(1)** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 38 | Z46.3 | - | Z96.5 | - | Z97.2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 39 | K04.6 | K04.62 | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 40 | K05.2 | K05.22 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 41 | K08.1 *(1)** | - | Z54.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

* número de elementos dentários perdidos (entre parênteses)
** número de implantes dentários colocados (entre parênteses)
*** atendimento com internação hospitalar

**K00.0** Anodontia; **K01.0** Dentes inclusos; **K02.1** Cárie da dentina; **K04.0** Pulpite; **K04.6** Abscesso periapical com fístula; **K05.0** Gengivite aguda; **K05.2** Periodontite aguda; **K05.3** Periodontite crônica; **K05.5** Outras doenças periodontais; **K06.0** Retração gengival; **K06.8** Outros transtornos especificados da gengiva e rebordo alveolar sem dentes; **K08.1** Perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas; **K09.2** Outros cistos das mandíbulas **K11.6** Mucocele de glândula salivar; **R20.2** Parestesias cutâneas; **S02.3** Fratura do assoalho orbital; **S02.4** Fratura dos ossos malares e maxilares; **S02.5** Fratura de dentes; **S02.7** Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face; **S03.2** Luxação dentária; **T81.2** Perfuração e laceração acidentais durante procedimento, não classificadas em outra parte; **T81.3** Deiscência de ferida cirúrgica, não classificadas em outra parte; **T81.8** Outras complicações de procedimentos, não classificadas em outra parte; **T85.9** Complicação não especificada de outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos internos; **V18.4** Ciclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão; **Z46.3** Colocação e ajustamento de dispositivo de prótese dentária; **Z54.0** Convalescença após cirurgia; **Z94.6** Osso transplantado; **Z96.5** Presença de raiz dentária e implantes mandibulares; **Z97.2** Presença de dispositivo protético dentário (completo) (parcial)

Do total de casos (n=41), 34 (82,93%) foram relativos à convalescença após cirurgia (Z54.0) conforme tabela 5.6. O código Z97.2 observado em 10 casos (24,39%) refere-se à reabilitação protética provisória com prótese total (n=3), prótese parcial removível (n=5) e prótese fixa (n=2).

Tabela 5.6 – Total de repetições de cada subcategoria de quatro caracteres da CID-10

| CID-10 | Título da subcategoria | n |
|---|---|---|
| K00.0 | Anodontia | 1 |
| K01.0 | Dentes inclusos | 1 |
| K02.1 | Cárie da dentina | 1 |
| K04.0 | Pulpite | 1 |
| K04.6 | Abscesso periapical com fístula | 1 |
| K05.0 | Gengivite aguda | 1 |
| K05.2 | Periodontite aguda | 1 |
| K05.3 | Periodontite crônica | 1 |
| K05.5 | Outras doenças periodontais | 3 |
| K06.0 | Retração gengival | 1 |
| K06.8 | Outros transtornos especificados da gengiva e rebordo alveolar sem dentes | 1 |
| K08.1 | Perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas | 17 |
| K09.2 | Outros cistos das mandíbulas | 1 |
| K11.6 | Mucocele de glândula salivar | 1 |
| R20.2 | Parestesias cutâneas | 3 |
| S02.3 | Fratura do assoalho orbital | 1 |
| S02.4 | Fratura dos ossos malares e maxilares | 1 |
| S02.5 | Fratura de dentes | 4 |
| S02.7 | Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face | 1 |
| S03.2 | Luxação dentária | 1 |
| T81.2 | Perfuração e laceração acidentais durante procedimento, não classificadas em outra parte | 1 |
| T81.3 | Deiscência de ferida cirúrgica, não classificadas em outra parte | 1 |
| T81.8 | Outras complicações de procedimentos, não classificadas em outra parte | 1 |
| T85.9 | Complicação não especificada de outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos internos | 3 |
| V18.4 | Ciclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão | 1 |
| Z46.3 | Colocação e ajustamento de dispositivo de prótese dentária | 3 |
| Z54.0 | Convalescença após cirurgia | 34 |
| Z94.6 | Osso transplantado | 3 |
| Z96.5 | Presença de raiz dentária e implantes mandibulares | 12 |
| Z97.2 | Presença de dispositivo protético dentário (completo) (parcial) | 10 |
| | **Total** | **112** |

Do total de K08.1 (n=17), 7 casos foram relativos a exodontias de terceiros molares. Nos outros 10 casos relativos à perda de dentes, não foi observada a presença de dispositivo de prótese dentária (Z97.2).

Em relação ao código Z96.5 (12 repetições), 11 casos referem-se à presença de implante dentário e 1 caso à presença de raízes dentárias com indicação de exodontia (caso 38).

A partir de 12 diagnósticos pela CID-10 foi possível um detalhamento com a utilização da CID-OE em 15 casos (13,4%) (Tabela 5.7), sendo 9 casos no agrupamento – "Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares" do Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo e 6 casos no agrupamento – "Traumatismos da cabeça" do Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

Tabela 5.7 – Codificações segundo a CID-10 e CID-OE

| CID-10 | Título | CID-OE | Título | n |
|---|---|---|---|---|
| K04.0 | Pulpite | K04.01 | Aguda | 1 |
| K04.6 | Abscesso Periapical com fístula | K04.62 | Fístula na cavidade oral | 1 |
| K05.0 | Gengivite aguda | K05.08 | Outra gengivite aguda especificada | 1 |
| K05.2 | Periodontite aguda | K05.22 | Pericoronarite aguda | 1 |
| K05.3 | Periodontite crônica | K05.30 | Simples | 1 |
| K06.0 | Retração gengival | K06.00 | Localizada | 1 |
| K06.8 | Outros transtornos especificados da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes | K06.82 | Epúlide fibroso | 1 |
| K09.2 | Outros cistos das mandíbulas | K09.29 | Cisto da mandíbula não especificado | 1 |
| K11.6 | Mucocele de glândula salivar | K11.69 | Mucocele de glândula salivar, não especificada | 1 |
| S02.5 | Fratura de dentes | S02.53 | Fratura da base do dente | 2 |
| S02.5 | Fratura de dentes | S02.52 | Fratura da coroa do dente com comprometimento pulpar | 1 |
| S02.5 | Fratura de dentes | S02.54 | Fratura da coroa com raiz do dente | 1 |
| S02.7 | Fraturas múltiplas envolvendo ossos do crânio e da face | S02.70 | Sem (menção de) traumatismo craniano | 1 |
| S02.4 | Fratura dos ossos malares e maxilares | S02.41 | Fratura do osso malar [zigomático] | 1 |
| **Total** | | | | **15** |

## 5.3 ASPECTOS RELACIONADOS AO PERFIL DE MORBIDADE

Para a tabulação final e avaliação do perfil de morbidade foram consideradas somente as afecções principais, codificadas em 8 (oito) subcategorias de 4 (quatro) caracteres da CID-10 e 3 (três) categorias de 3 (três) caracteres distribuídas em 3 (três) capítulos: Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo (n=29); Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (n=10); Capítulo XIX – Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (n=2) (Tabela 5.8).

Os motivos de afastamento mais frequentes no período estudado foram: 1) exodontias; 2) cirurgia para colocação de implantes dentários; 3) gengivite e doenças periodontais.

Tabela 5.8 – Prevalência no período

| Grupo Nosológico | CID | Prevalência (n) | % |
|---|---|---|---|
| Perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas | K08.1 | 17 | 41,46% |
| Presença de raiz dentária e implantes dentários | Z96.5 | 8 | 19,51% |
| Gengivite e doenças periodontais | K05 | 5 | 12,20% |
| Outros transtornos da gengiva e rebordo alveolar sem dentes | K06 | 2 | 4,88% |
| Colocação e ajustamento de dispositivo de prótese dentária | Z46.3 | 2 | 4,88% |
| Doenças da polpa e dos tecidos periapicais | K04 | 2 | 4,88% |
| Cárie da dentina | K02.1 | 1 | 2,44% |
| Mucocele de glândula salivar | K11.6 | 1 | 2,44% |
| Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face | S02.7 | 1 | 2,44% |
| Outros cistos da mandíbula | K09.2 | 1 | 2,44% |
| Outras complicações de procedimentos, não classificadas em outra parte* | T81.8 | 1 | 2,44% |
| **Total** | | 41 | 100 % |

*comunicação bucosinusal

Em relação aos códigos K08.1 e Z96.5, a perda de 1 elemento dentário e a colocação de 1 implante dentário foram mais frequentes (Tabela 5.9).

Tabela 5.9 – Distribuição dos códigos K08.1 segundo o número de dentes perdidos e dos códigos Z96.5 segundo o número de implantes dentários colocados

| Código | Título | Especificação | n |
|---|---|---|---|
| K08.1 | Perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas | Perda de 1 dente | 12 |
| | | Perda de 2 dentes | 3 |
| | | Perda de 4 dentes | 1 |
| | | Perda de 8 dentes | 1 |
| **Total** | | | **17** |
| Z96.5 | Presença de raiz dentária e implantes mandibulares | Colocação de 1 implante dentário | 5 |
| | | Colocação de 2 implantes dentários | 1 |
| | | Colocação de 3 implantes dentários | 1 |
| | | Colocação de 6 implantes dentários | 1 |
| **Total** | | | **8** |

## 5.4 ASPECTOS RELACIONADOS AO TEMPO DE AFASTAMENTO

Apurou-se um tempo médio de afastamento de 3 dias – com desvio padrão de 6. Considerando os três principais grupos nosológicos em frequência observou-se, para Gengivite e doenças periodontais (K05) o menor tempo médio (2 dias), conforme Tabela 5.10.

Todas as perícias foram realizadas após o retorno ao trabalho. O tempo médio entre a data final do período de licença e a data da avaliação pericial foi de 19 dias com desvio padrão de 12.

Tabela 5.10 – Tempo médio de afastamento segundo grupos nosológicos da CID –10

| Grupo Nosológico | CID | n | Tempo Médio (dias) | Desvio Padrão | Total Dias* |
|---|---|---|---|---|---|
| Perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas | K08.1 | 17 | 3 | 5,46 | 50 |
| Presença de raiz dentária e implantes dentários | Z96.5 | 8 | 3 | 1,81 | 23 |
| Gengivite e doenças periodontais | K05 | 5 | 2 | 0,89 | 8 |
| Outros transtornos da gengiva e rebordo alveolar sem dentes | K06 | 2 | 2 | 0 | 4 |
| Colocação e ajustamento de dispositivo de prótese dentária | Z46.3 | 2 | 2 | 0 | 4 |
| Doenças da polpa e dos tecidos periapicais | K04 | 2 | 1 | 0 | 2 |
| Cárie da dentina | K02.1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Mucocele de glândula salivar | K11.6 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face | S02.7 | 1 | 28 | 0 | 28 |
| Outros cistos da mandíbula | K09.2 | 1 | 15 | 0 | 15 |
| Outras complicações de procedimentos, não classificadas em outra parte | T81.8 | 1 | 1 | 0 | 1 |

*soma do número de dias de afastamento do trabalho de todos os casos referentes ao grupo nosológico

## 5.5 ASPECTOS RELACIONADOS AO PERFIL DE FUNCIONALIDADE

### 5.5.1 Categorias da CIF referidas na pergunta aberta

#### 5.5.1.1 Dificuldades referidas

Na pergunta aberta sobre as três maiores dificuldades encontradas durante o período de afastamento do trabalho por motivo odontológico, a maioria dos casos (n=32) citou 3 dificuldades. Quatro casos relataram uma dificuldade, quatro casos apresentaram duas dificuldades e um caso não referiu dificuldade.

No total, foram obtidas 131 respostas: 130 respostas codificadas por 37 categorias de segundo ou terceiro nível da CIF e 1 (uma) resposta codificada pela CID-10 (R19.6 – Halitose). As categorias da CIF foram agrupadas em nível de capítulo para a tabulação final conforme Tabela 5.11.

Tabela 5.11 – Distribuição das dificuldades referidas na pergunta aberta segundo os componentes da CIF

| Componente | Capítulo | Título | Dificuldades Referidas n | % |
|---|---|---|---|---|
| **Funções do Corpo** | b1 | Funções Mentais | 29 | 41,43% |
| | b2 | Funções sensoriais e dor | 32 | 45,71% |
| | b4 | Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório | 4 | 5,71% |
| | b5 | Funções dos sistemas digestivo, metabólico e endócrino | 5 | 7,14% |
| Total | | | **70** | **100,00%** |
| **Estruturas do Corpo** | s3 | Estruturas relacionadas à voz e à fala | 3 | 23,08% |
| | s7 | Estrutura relacionada ao movimento | 10 | 76,92% |
| Total | | | **13** | **100,00%** |
| **Atividades e Participação** | d2 | Tarefas e demandas gerais | 1 | 2,70% |
| | d3 | Comunicação | 6 | 16,22% |
| | d4 | Mobilidade | 4 | 10,81% |
| | d5 | Cuidado pessoal | 22 | 59,46% |
| | d6 | Vida doméstica | 1 | 2,70% |
| | d7 | Relações e interações interpessoais | 1 | 2,70% |
| | d8 | Áreas principais da vida | 2 | 5,41% |
| Total | | | **37** | **100,00%** |
| **Fatores Ambientais** | e1 | Produtos e tecnologia | 6 | 60,00% |
| | e3 | Apoio e relacionamentos | 1 | 10,00% |
| | e5 | Serviços, sistemas e políticas | 3 | 30,00% |
| Total | | | **10** | **100,00%** |

As principais dificuldades referidas estavam relacionadas às Funções sensoriais e dor (b2), Funções mentais (b1), Cuidado pessoal (d5), Estrutura relacionada ao movimento (s7) e Comunicação (d3) conforme detalhamento da Tabela 5.12.

Tabela 5.12 – Distribuição das dificuldades mais referidas na pergunta aberta segundo as categorias da CIF

| Capítulo | Categoria da CIF | Título | n |
|---|---|---|---|
| b1 | b130 | Funções da energia e de impulsos | 2 |
| | b1302 | Apetite | 1 |
| | b134 | Funções do sono | 4 |
| | b1400 | Manutenção da atenção | 1 |
| | b152 | Funções emocionais | 14 |
| | b1801 | Imagem do corpo | 7 |
| b2 | b210 | Funções da visão | 1 |
| | b265 | Função tátil | 3 |
| | b2703 | Sensibilidade a estímulos nocivos | 8 |
| | b280 | Sensação de dor | 20 |
| d5 | d5201 | Cuidado dos dentes | 1 |
| | d550 | Comer | 16 |
| | d5700 | Garantir o próprio conforto físico | 4 |
| | d5701 | Controle da dieta e da forma física | 1 |
| | d5702 | Manter a própria saúde | 1 |
| s7 | s7109* | Estrutura da região da cabeça e pescoço | 10 |
| d3 | d330 | Fala | 5 |
| | d3350 | Produção de linguagem corporal | 1 |

*referência ao edema

As categorias mais referidas foram b280 (sensação de dor), d550 (comer) e b152 (funções emocionais).

No domínio b1 (funções mentais), as funções emocionais (b152), imagem do corpo (b1801) e as funções do sono (b134) foram mais referidas. No domínio b2 (funções sensoriais e dor) foram mais referidas a sensação de dor (b280) e a sensibilidade a estímulos nocivos (b2703). No domínio d5 (cuidado pessoal) a categoria comer (d550) foi mais frequente.

A pergunta aberta não solicitava ao periciado a indicação quanto à severidade do problema para o uso dos qualificadores. Contudo, essas dificuldades podem ser qualificadas como graves por terem sido referidas como as três maiores dificuldades enfrentadas durante o período da afastamento do trabalho.

Os gráficos 5.1 e 5.2 mostram a distribuição das dificuldades referidas segundo os componentes da CIF e segundo os domínios de cada componente.

Gráfico 5.1 – Distribuição das dificuldades referidas segundo os componentes - funções do corpo (b), estruturas do corpo (s), atividades e participação (d) e fatores ambientais (e)

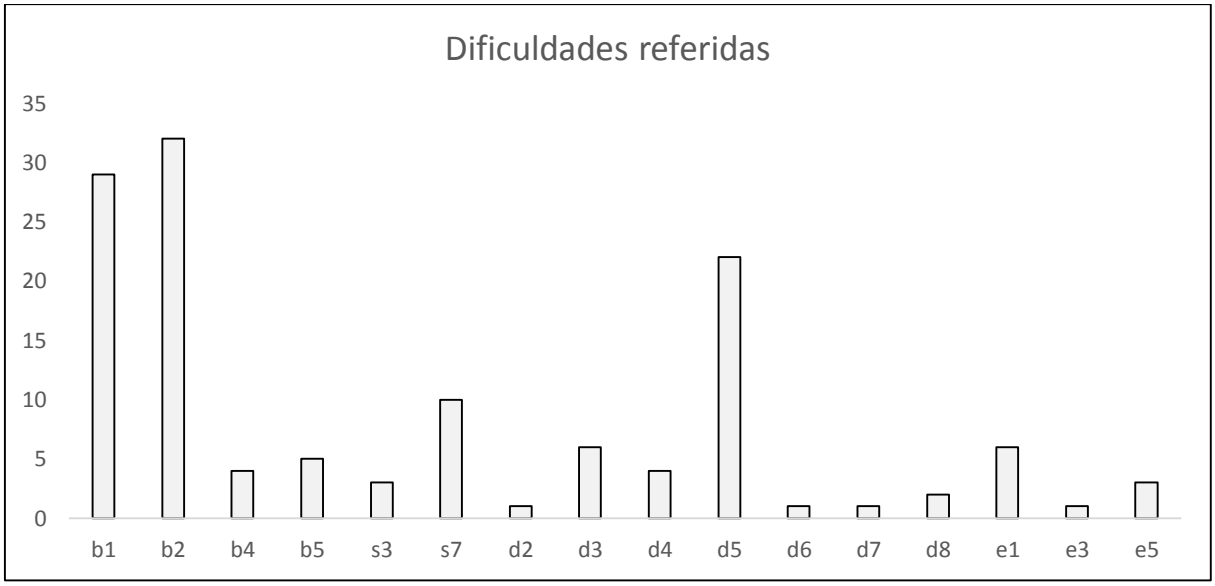


Gráfico 5.2 – Distribuição das dificuldades referidas segundo os capítulos dos componentes – funções do corpo (b), estruturas do corpo (s), atividades e participação (d) e fatores ambientais (e)

### 5.5.1.2 Estratégias referidas

Em relação às estratégias desenvolvidas para enfrentar cada dificuldade referida, 112 respostas foram codificadas com 16 categorias de segundo ou terceiro nível da CIF. Essas categorias foram agrupadas em nível de capítulo para a tabulação final conforme tabela 5.13.

Para 11 estratégias referidas não foi possível a codificação pela CIF e relacionam-se a respostas como: “não tem jeito”, “não tem como enfrentar”, “não tem o que fazer” ou “esperar que passe”.

Tabela 5.13 – Distribuição das estratégias referidas na pergunta aberta segundo os componentes da CIF

| **Componente** | **Capítulo** | **Título** | **Estratégias** | |
|---|---|---|---|---|
| | | | **n** | **%** |
| **Atividades e Participação** | d3 | Comunicação | 1 | 2,50% |
| | d4 | Mobilidade | 2 | 5,00% |
| | d5 | Cuidado pessoal | 36 | 90,00% |
| | d9 | Vida Comunitária, social e cívica | 1 | 2,5% |
| Total | | | **40** | **100,00%** |
| **Fatores Ambientais** | e1 | Produtos e tecnologia | 55 | 76,39% |
| | e3 | Apoio e relacionamentos | 15 | 20,83% |
| | e4 | Atitudes | 1 | 1,39% |
| | e5 | Serviços, sistemas e políticas | 1 | 1,39% |
| Total | | | **72** | **100,00%** |

As estratégias mais referidas estavam relacionadas a Produtos e tecnologia (e1), Cuidado pessoal (d5) e Apoio e relacionamentos (e3) conforme demonstra mais detalhadamente a tabela 5.14.

No domínio e1 (Produtos e tecnologia) as categorias medicamentos (e1101) e alimentos (e1100) foram mais frequentes.

No domínio d5 (Cuidado pessoal) a categoria manter a própria saúde (d5702) foi a mais referida e no domínio e3 (Apoio e relacionamentos) a categoria e355 (profissionais de saúde) foi a mais frequente.

Tabela 5.14 – Distribuição das estratégias mais referidas na pergunta aberta segundo as categorias da CIF

| Capítulo | Categoria da CIF | Título | n |
|---|---|---|---|
| e1 | e1100 | Alimentos | 21 |
| | e1101 | Medicamentos | 29 |
| | e1150 | Produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária | 4 |
| | e1151 | Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária | 1 |
| d5 | d5201 | Cuidado dos dentes | 3 |
| | d570 | Cuidar da própria saúde | 3 |
| | d5700 | Garantir o próprio conforto físico | 7 |
| | d5702 | Manter a própria saúde | 23 |
| e3 | e310 | Família imediata | 5 |
| | e355 | Profissionais da saúde | 10 |

### 5.5.2 Categorias da CIF referidas e observadas a partir do formulário

#### 5.5.2.1 Distribuição das categorias da CIF

As informações obtidas para cada categoria da CIF presente no formulário foi registrada. A tabela 5.15 apresenta as categorias referidas pelos periciados durante o período de afastamento do trabalho nos componentes “Funções do corpo” e “Atividades e participação”. Observa-se que as categorias mais frequentes distribuem-se nos capítulos b1, b2 e b5 do componente “Funções do corpo” e nos capítulos d2, d3 e d5 do componente “Atividades e participação”.

A categoria d850 (Trabalho remunerado) foi considerada afetada no período da licença saúde em 100% dos casos (n=41) devido à necessidade de afastamento do trabalho.

Em relação ao componente Funções do corpo, em 80,49% dos casos foram referidos problemas relativos às funções emocionais (b152). A dor (b28010) foi referida em 70,73% dos casos. No componente Atividades e participação as dificuldades mais referidas foram realizar a rotina diária (d230) e cuidado dos dentes (d5201).

Tabela 5.15 – Distribuição dos problemas referidos pelo periciado nos componentes Funções do corpo e Atividades e participação segundo as categorias da CIF

| Componente | Categoria da CIF | Título | n | % |
|---|---|---|---|---|
| FC | b5102 | Mastigar | 40 | 97,56% |
| A&P | d230 | Realizar a rotina diária | 35 | 85,37% |
| A&P | d5201 | Cuidado dos dentes | 34 | 82,93% |
| FC | b152 | Funções emocionais | 33 | 80,49% |
| FC | b28010 | Dor na cabeça ou pescoço | 29 | 70,73% |
| A&P | d550 | Comer | 27 | 65,85% |
| FC | b5101 | Morder | 25 | 60,98% |
| A&P | d330 | Fala | 24 | 58,54% |
| A&P | d3350 | Produção da linguagem corporal | 20 | 48,78% |
| FC | b1342 | Manutenção do sono | 19 | 46,34% |
| FC | b320 | Funções da articulação | 18 | 43,90% |
| A&P | d7105 | Contato físico nos relacionamentos | 17 | 41,46% |
| A&P | d920 | Recreação e lazer | 17 | 41,46% |
| FC | b1400 | Manutenção da atenção | 16 | 39,02% |
| FC | b1302 | Apetite | 15 | 36,59% |
| FC | b250 | Função gustativa | 13 | 31,71% |
| FC | b7100 | Mobilidade de uma única articulação | 12 | 29,27% |
| A&P | d5701 | Controle da dieta e da forma física | 11 | 26,83% |
| FC | b28016 | Dor nas articulações | 10 | 24,39% |
| FC | b5104 | Salivação | 9 | 21,95% |
| FC | b1801 | Imagem do corpo | 9 | 19,51% |
| FC | b450 | Funções respiratórias adicionais | 8 | 17,07% |
| FC | b535 | Sensações associadas ao sistema digestivo | 6 | 14,63% |
| FC | b7800 | Sensação de rigidez muscular | 5 | 12,20% |
| FC | b265 | Função tátil | 4 | 9,76% |
| FC | b5100 | Sugar | 4 | 9,76% |
| A&P | d5702 | Manter a própria saúde | 4 | 9,76% |
| FC | b5103 | Manipulação dos alimentos na boca | 3 | 7,32% |
| FC | b51050 | Deglutição oral | 3 | 7,32% |
| FC | b1800 | Experiência pessoal | 2 | 4,88% |
| A&P | d560 | Beber | 2 | 4,88% |
| FC | b7150 | Estabilidade de uma única articulação | 1 | 2,44% |
| FC | b7652 | Tiques e maneirismos | 1 | 2,44% |

FC – Funções do corpo; A&P – Atividades e participação

Em relação ao componente Estruturas do corpo, a maioria das deficiências observadas pelo perito relacionam-se aos dentes (s3200) e gengivas (s3201) conforme tabela 5.16.

Tabela 5.16 – Distribuição das deficiências observadas pelo perito no componente Estruturas do corpo segundo as categorias da CIF

| Componente | Categoria da CIF | Título | n | % |
|---|---|---|---|---|
| **Estruturas do corpo** | s3200 | Dentes | 36 | 87,80% |
| | s3201 | Gengivas | 30 | 73,17% |
| | s7101 | Ossos da face | 5 | 12,20% |
| | s32041 | Lábio inferior | 1 | 2,44% |

Em relação ao componente Fatores ambientais (Tabela 5.17), as categorias mais referidas pelos periciados para o período de afastamento do trabalho foram medicamentos (e1101) e alimentos (e1100).

No domínio produtos e tecnologia as categorias mais referidas foram produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (e1150) e produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária (e1151). A categoria e1150 refere-se ao uso de colutórios e fixador de prótese dentária. A categoria e1151 refere-se ao uso de dispositivo de prótese dentária.

No domínio apoio e relacionamentos, a família imediata (e310) e os profissionais de saúde (e355) foram os mais referidos.

Tabela 5.17 – Distribuição dos fatores ambientais referidos pelo periciado segundo as categorias da CIF

| Componente | Categoria da CIF | Título | n | % |
|---|---|---|---|---|
| **Fatores Ambientais** | e1101 | Medicamentos | 39 | 95,12% |
| | e1100 | Alimentos | 36 | 87,80% |
| | e310 | Família imediata | 24 | 58,54% |
| | e1150 | Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária | 22 | 53,66% |
| | e450 | Atitudes individuais dos profissionais de saúde | 16 | 39,02% |
| | e355 | Profissionais de saúde | 13 | 31,71% |
| | e1151 | Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária | 11 | 26,83% |
| | e580 | Serviços, sistemas e políticas de saúde | 6 | 14,63% |
| | e320 | Amigos | 5 | 12,20% |
| | e325 | Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade | 5 | 12,20% |
| | e315 | Família ampliada | 3 | 7,32% |
| | e340 | Cuidadores e assistentes pessoais | 3 | 7,32% |
| | e410 | Atitudes individuais de membros familiares imediatos | 3 | 7,32% |
| | e425 | Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade | 3 | 7,32% |
| | e430 | Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade | 3 | 7,32% |
| | e330 | Pessoas em posição de autoridade | 2 | 4,88% |
| | e590 | Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego | 2 | 4,88% |
| | e445 | Atitudes individuais de estranhos | 1 | 2,44% |

Os gráficos 5.3 e 5.4 mostram a distribuição dos componentes e capítulos da CIF referidos e observados na avaliação pericial.

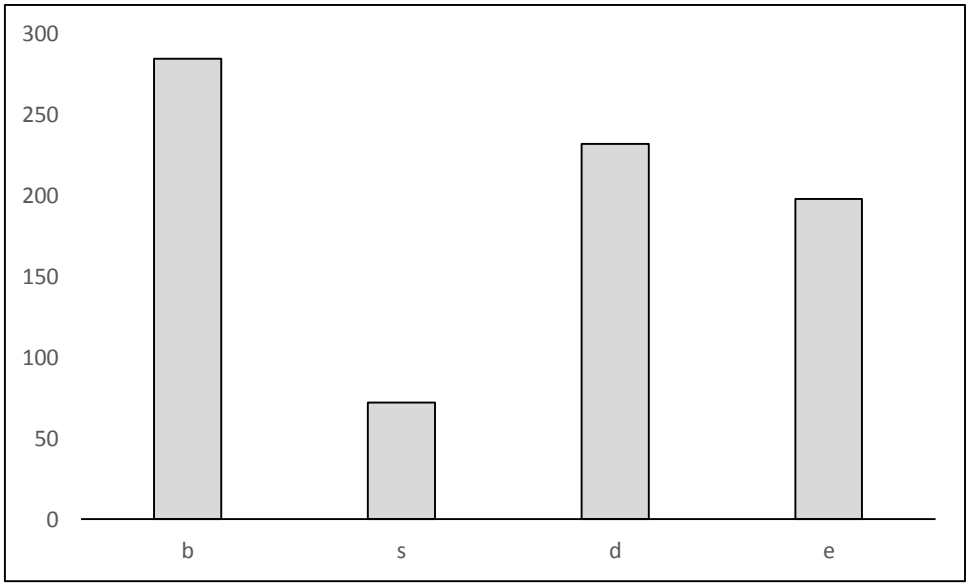


Gráfico 5.3 – Distribuição das categorias referidas e observadas segundo os componentes – funções do corpo (b), estruturas do corpo (s), atividades e participação (d) e fatores ambientais (e)

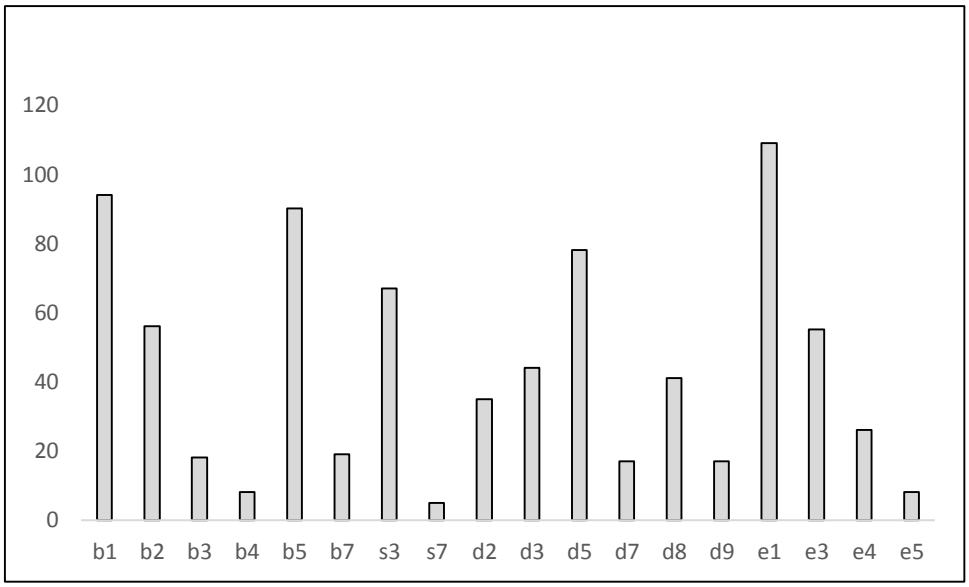


Gráfico 5.4 – Distribuição das categorias referidas e observadas segundo os capítulos dos componentes – funções do corpo (b), estruturas do corpo (s), atividades e participação (d) e fatores ambientais (e)

5.5.2.2 Categorias da CIF em relação às afecções principais segundo a CID-10 mais frequentes

A tabela 5.18 apresenta as categoria referidas durante o período de afastamento do trabalho no componente Funções do corpo em relação às afecções principais mais frequentes. Para as três afecções (K08.1, Z96.5 e K05) as deficiências mais referidas foram mastigar (b5102) e funções emocionais (b152).

Tabela 5.18 – Distribuição das deficiências referidas no componente Funções do Corpo em relação às afecções principais mais frequentes

| Componente | Categoria da CIF | Título | K08.1 (n=17) | Z96.5 (n=8) | K05 (n=5) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Funções do Corpo** | b1302 | Apetite | 7 | 2 | 2 |
| | b1342 | Manutenção do sono | 7 | 3 | 3 |
| | b1400 | Manutenção da atenção | 8 | 2 | 1 |
| | b152 | Funções emocionais | 14 | 6 | 4 |
| | b1800 | Experiência Pessoal | 1 | 1 | - |
| | b1801 | Imagem do corpo | 4 | - | 2 |
| | b250 | Função Gustativa | 7 | 3 | 2 |
| | b265 | Função tátil | - | 1 | 1 |
| | b28010 | Dor na cabeça ou pescoço | 12 | 4 | 4 |
| | b28016 | Dor nas articulações | 5 | - | 3 |
| | b320 | Funções da articulação | 9 | 3 | 2 |
| | b450 | Funções respiratórias adicionais | 3 | - | 2 |
| | b5100 | Sugar | - | 2 | - |
| | b5101 | Morder | 9 | 6 | 2 |
| | b5102 | Mastigar | 16 | 8 | 5 |
| | b5103 | Manipulação dos alimentos na boca | 1 | 1 | - |
| | b5104 | Salivação | 7 | - | 2 |
| | b51050 | Deglutição oral | 2 | - | - |
| | b535 | Sensações associadas ao sistema digestivo | 1 | 1 | 1 |
| | b7100 | Mobilidade de uma única articulação | 5 | 2 | 2 |
| | b7652 | Tiques e Maneirismos | 1 | - | - |
| | b7800 | Sensação de rigidez muscular | 1 | - | 1 |

Em relação ao componente “Estruturas do corpo” as categorias com deficiências observadas pelo perito foram dentes (s3200) e gengivas (s3201) conforme tabela 5.19. A categoria s7101 (ossos da face) foi considerada nos casos relatados de enxerto ósseo (Z94.6) registrado como outras afecções.

Tabela 5.19 – Distribuição das deficiências observadas no componente Estruturas do Corpo em relação às afecções principais mais frequentes

| **Componente** | **Categoria da CIF** | **Título** | **K08.1 (n=17)** | **Z96.5 (n=8)** | **K05 (n=5)** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Estrutura do corpo** | s3200 | Dentes | 17 | 8 | 5 |
| | s3201 | Gengivas | 15 | 8 | 3 |
| | s7101 | Ossos da face | 2 | 1 | 0 |

Em relação ao componente “Atividades e participação”, as categorias com problemas mais referidas nas principais afecções foram: realizar a rotina diária (d230), cuidado dos dentes (d5201) e comer (d550) conforme tabela 5.20.

Problemas com a categoria d330 (fala) foram referidos em 64,71% (n=11) dos casos para a afecção principal K08.1, em 62,50% (n=5) dos casos relativos ao código Z96.5 e em 60,00% (n=3) dos casos para o código K05.

Para a afecção K08.1, a categoria d7105 (contato físico nos relacionamentos) foi referida em 58,82% (n=10) dos casos.

A categoria d850 – trabalho remunerado foi considerada pelo perito em 100% dos casos, pois durante o período de licença para tratamento de saúde as atividades laborais foram completamente interrompidas.

Tabela 5.20 – Distribuição das dificuldades referidas no componente Atividades e Participação em relação às afecções principais mais frequentes

| Componente | Categoria da CIF | Título | K08.1 (n=17) | Z96.5 (n=8) | K05 (n=5) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Atividades e Participação** | d230 | Realizar a rotina diária | 17 | 6 | 5 |
| | d330 | Fala | 11 | 5 | 3 |
| | d3350 | Produção de linguagem corporal | 6 | 3 | 3 |
| | d5201 | Cuidado dos dentes | 15 | 6 | 4 |
| | d550 | Comer | 11 | 6 | 4 |
| | d560 | Beber | - | 1 | - |
| | d5701 | Controle da dieta e forma física | 6 | 1 | 2 |
| | d5702 | Manter a própria saúde | 2 | - | 2 |
| | d7105 | Contato físico nos relacionamentos | 10 | 3 | 1 |
| | d850 | Trabalho remunerado | 17 | 8 | 5 |
| | d920 | Recreação e Lazer | 9 | 2 | 1 |

Em relação ao componente “Fatores ambientais” as categorias mais referidas nas três afecções principais foram e1100 (alimentos), e1101 (medicamentos), e1150 (produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária). Com relação ao capítulo e3 - apoio e relacionamentos destacam-se a categoria e310 (família imediata) e e355 (profissionais de saúde). Para a condição de saúde Z96.5 (presença de implantes dentários), a categoria e450 (atitudes individuais dos profissionais de saúde) foi referida em 50% dos casos (Tabela 5.21).

Tabela 5.21– Distribuição dos fatores ambientais referidos em relação às afecções principais mais frequentes

| Componente | Categoria da CIF | Título | K08.1 (n=17) | Z96.5 (n=8) | K05 (n=5) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fatores Ambientais** | | **Produtos e tecnologia** | | | |
| | e1100 | Alimentos | 15 | 7 | 5 |
| | e1101 | Medicamentos | 16 | 8 | 4 |
| | e1150 | Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária | 10 | 3 | 4 |
| | e1151 | Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária | 4 | 4 | - |
| | | **Apoio e relacionamentos** | | | |
| | e310 | Família imediata | 11 | 6 | 3 |
| | e315 | Família ampliada | - | 2 | - |
| | e320 | Amigos | 2 | - | 1 |
| | e325 | Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade | 2 | 2 | - |
| | e330 | Pessoas em posição de autoridade | 2 | - | - |
| | e340 | Cuidadores e assistentes pessoais | 1 | - | 1 |
| | e350 | Animais domésticos | 1 | - | - |
| | e355 | Profissionais de saúde | 5 | 5 | 1 |
| | | **Atitudes** | | | |
| | e410 | Atitudes individuais de membros da família imediata | 2 | 1 | - |
| | e425 | Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade | 2 | - | - |
| | e430 | Atitudes individuais de pessoas em posição de autoridade | 2 | - | - |
| | e445 | Atitudes individuais de estranhos | - | - | 1 |
| | e450 | Atitudes individuais dos profissionais de saúde | 5 | 4 | 2 |
| | | **Serviços, sistemas e políticas** | | | |
| | e580 | Serviços, sistemas e políticas de saúde | 1 | 1 | - |
| | e590 | Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego | 1 | - | - |

### 5.5.2.3 Categorias da CIF com qualificadores

Em relação às categorias mais referidas no componente “Funções do corpo”, a tabela 5.22, os gráficos 5.5 e 5.6 mostram a extensão da deficiência durante o afastamento do trabalho e no momento da avaliação pericial.

Durante o afastamento 40 casos referiram alterações na função b5102 – mastigar (de grau leve a grave). Neste estudo a mastigação unilateral foi considerada como deficiência grave. No momento da avaliação pericial houve redução do número de indivíduos com comprometimento nessa categoria, mas em 10 casos permanece a deficiência grave e relacionam-se às seguintes afecções principais: K08.1 (n=4), Z96.5 (n=2), Z46.3 (n=2), K09.2 (n=1) e T81.8 (n=1).

Alterações nas funções emocionais (b152) durante o afastamento do trabalho foram referidas por 33 casos e permaneceram com problemas em 11 casos. As afecções principais relacionadas à presença de deficiência grave no momento da avaliação pericial foram: K08.1 (n=2) e Z46.3 (n=1).

Para a categoria b28010 (dor na cabeça e pescoço), 29 casos referiram dor durante o período de licença. Desse total, 11 casos referiram a presença de dor leve na avaliação pericial e relacionam-se às seguintes afecções principais: K08.1 (n=4), Z96.5 (n=2), Z46.3 (n=1), K05.5 (n=1), K02.1 (n=1), S02.7 (n=1) e T81.8 (n=1).

No componente “Atividades e participação” observa-se redução da deficiência na categoria d5201 (cuidado dos dentes) na avaliação pericial, permanecendo em 41,18% dos casos que referiram problemas nessa categoria. As afecções principais relacionadas à deficiência grave na avaliação pericial foram: Z96.5 (n=2) e T81.8 (n=1).

Tabela 5.22 – Distribuição das categorias mais referidas nos componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação com qualificadores

| Categoria da CIF | Deficiência | Durante o Afastamento do trabalho | Na avaliação pericial |
|---|---|---|---|
| | | n | n |
| **b5102** | **Mastigar** | | |
| b5102.0 | Nenhuma | - | 15 |
| b5102.1 | Leve | - | 6 |
| b5102.2 | Moderada | 5 | 9 |
| b5102.3 | Grave | 35 | 10 |
| **b152** | **Funções emocionais** | | |
| b152.0 | Nenhuma | - | 22 |
| b152.1 | Leve | 7 | 6 |
| b152.2 | Moderada | 12 | 2 |
| b152.3 | Grave | 14 | 3 |
| **b28010** | **Dor na cabeça e pescoço** | | |
| b28010.0 | Nenhuma | - | 18 |
| b28010.1 | Leve | 9 | 11 |
| b28010.2 | Moderada | 1 | - |
| b28010.3 | Grave | 19 | - |
| **d5201** | **Cuidado dos dentes** | | |
| d5201.0 | Nenhuma | - | 20 |
| d5201.1 | Leve | 5 | 9 |
| d5201.2 | Moderada | 8 | 2 |
| d5201.3 | Grave | 21 | 3 |

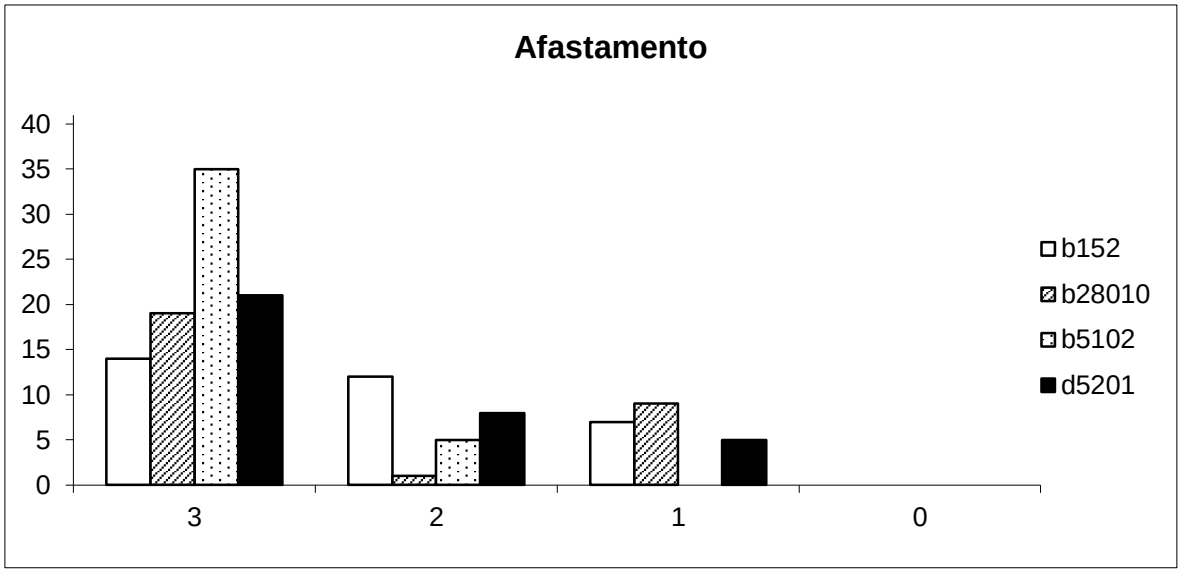


Gráfico 5.5 – Distribuição das principais categorias referidas dos componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação segundo os qualificadores no afastamento

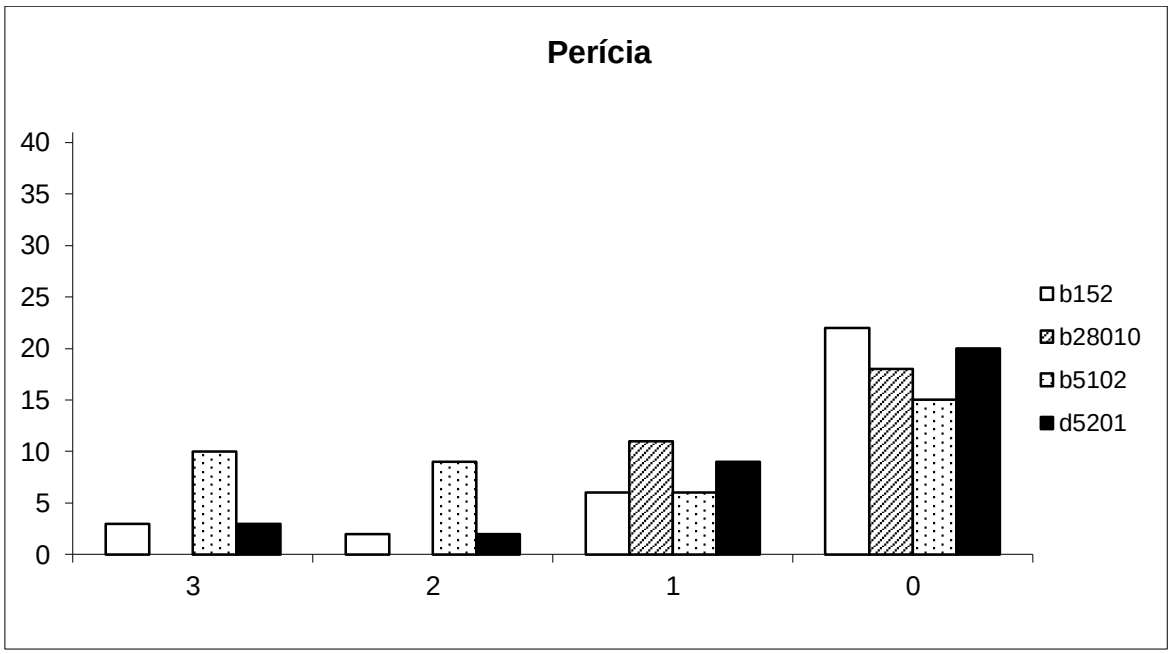


Gráfico 5.6 – Distribuição das principais categorias referidas dos componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação segundo os qualificadores na avaliação pericial

O componente Estruturas do corpo foi observado somente na avaliação pericial e a tabela 5.23 apresenta as categorias afetadas com qualificadores.

Em relação a categoria s3200 (dentes) a ausência do dente foi considerada deficiência completa. O qualificador .8 (não especificado) foi utilizado no caso de uma

cirurgia parendodôntica devido à impossibilidade de avaliação da estrutura afetada em um exame clínico. Para os casos relativos a pós-operatórios, as categorias s3201 (gengivas) e s32041 (lábio inferior) foram qualificadas de acordo com a fase de cicatrização observada. Em relação à categoria s7101 (ossos da face) os casos de enxerto ósseo, redução de fratura óssea e remoção cirúrgica de cisto mandibular foram qualificados como .8 (não especificada) pela impossibilidade de avaliação da estrutura afetada.

Tabela 5.23. – Distribuição das categorias observadas no componente Estrutura do corpo com qualificadores

| Categoria da CIF | Deficiência | Na avaliação pericial n |
|---|---|---|
| **s3200** | **Dentes** | |
| s3200.0 | Nenhuma | 5 |
| s3200.1 | Leve | 1 |
| s3200.2 | Moderada | 1 |
| s3200.3 | Grave | 1 |
| s3200.4 | Completa | 27 |
| s3200.8 | Não especificada | 1 |
| **s3201** | **Gengivas** | |
| s3201.0 | Nenhuma | 16 |
| s3201.1 | Leve | 13 |
| s3201.2 | Moderada | 1 |
| **s32041** | **Lábio inferior** | |
| s32041.0 | Nenhuma | 1 |
| **s7101** | **Ossos da face** | |
| s7101.8 | Não especificada | 5 |

Em relação aos Fatores ambientais, foram referidos 178 facilitadores e 17 barreiras para o período do afastamento do trabalho.

Na categoria e1101 (medicamentos), 35 casos foram codificados como facilitadores e 4 como barreiras. As barreiras referem-se aos efeitos colaterais dos medicamentos. Na categoria e1100 (alimentos), 35 casos foram codificados como facilitadores e relacionam-se ao alimento adaptado (macio e frio) e 1 como barreira e relaciona-se à limitação na escolha alimentar. A categoria e310 (família imediata) foi referida como um facilitador em todos os casos.

Na categoria e1150 (produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária) o uso de colutórios foi considerado um facilitador.

As barreiras referidas relacionam-se às categorias e1151 - Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária (n=3), e445 - Atitudes individuais de estranhos (n=1), e450 - Atitudes individuais dos profissionais de saúde (n=3), e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde (n=3). As barreiras na categoria e1151 durante o afastamento do trabalho referem-se à ausência de reabilitação protética.

Em relação ao domínio “Apoio e relacionamentos”, as categorias mais referidas foram a família imediata e profissionais de saúde.

No momento da avaliação pericial foram referidos 68 facilitadores e 7 barreiras. Esses facilitadores referem-se às seguintes categorias: e1100 – alimentos; e1101 – medicamentos; e1150 – produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária; e1151 – produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária; e3 - Apoio e relacionamentos: e310 – família imediata, e320 - amigos, e325 – conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade, e330 – pessoas em posição de autoridade, e355 – profissionais de saúde; e4 - Atitudes: e410 – atitudes individuais de membros da família imediata, e450 – atitudes individuais dos profissionais de saúde; e580 – serviços, sistemas e políticas de saúde. As barreiras relacionam-se às categorias e1101 (medicamentos) e e1151(produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária).

Na avaliação pericial, o maior número de facilitadores substanciais necessários relaciona-se à categoria e1151 (produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária). Essa categoria refere-se a equipamentos, produtos e tecnologia adaptados ou especialmente projetados para auxiliar as pessoas na vida diária e inclui os dispositivos protéticos.

Na tabela 5.24, nos gráficos 5.7 e 5.8 observam-se as categorias mais referidas com qualificadores em relação ao componente “Fatores ambientais”.

Tabela 5.24 – Distribuição das categorias mais referidas no componente “Fatores ambientais” com qualificadores

| Categoria da CIF | Facilitador/ Barreira | Durante o Afastamento n | Na avaliação pericial n |
|---|---|---|---|
| **e1** | **Produtos e tecnologia** | | |
| **e1100** | **Alimentos** | - | |
| e1100+0 | Nenhum facilitador | - | 27 |
| e1100+1 | Facilitador Leve | 2 | 2 |
| e1100+2 | Facilitador Moderado | 11 | 3 |
| e1100+3 | Facilitador Substancial | 22 | 3 |
| e1100.0 | Nenhuma Barreira | - | 1 |
| e1100.2 | Barreira Moderada | 1 | - |
| **e1101** | **Medicamentos** | | |
| e1101+0 | Nenhum facilitador | - | 32 |
| e1101+1 | Facilitador Leve | - | 1 |
| e1101+2 | Facilitador Moderado | 9 | 2 |
| e1101+3 | Facilitador Substancial | 26 | - |
| e1101.0 | Nenhuma Barreira | - | 3 |
| e1101.1 | Barreira Leve | - | 1 |
| e1101.2 | Barreira Moderada | 3 | - |
| e1101.3 | Barreira Grave | 1 | - |
| **e1150** | **Produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária** | | |
| e1150+0 | Nenhum facilitador | - | 8 |
| e1150+1 | Facilitador Leve | 1 | 2 |
| e1150+2 | Facilitador Moderado | 9 | 8 |
| e1150+3 | Facilitador Substancial | 12 | 4 |
| **e1151** | **Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária** | | |
| e1151+3 | Facilitador Substancial | 7 | 9 |
| e1151.0 | Nenhuma Barreira | 1 | - |
| e1151.1 | Barreira Leve | 1 | 1 |
| e1151.2 | Barreira Moderada | 2 | - |
| e1151.3 | Barreira Grave | - | 1 |
| **e3** | **Apoio e Relacionamentos** | | |
| **e310** | **Família imediata** | | |
| e310+0 | Nenhum facilitador | - | 16 |
| e310+2 | Facilitador Moderado | 2 | 1 |
| e310+3 | Facilitador Substancial | 22 | 7 |
| **e355** | **Profissionais de Saúde** | | |
| e355+0 | Nenhum facilitador | 1 | 7 |
| e355+2 | Facilitador Moderado | 1 | 1 |
| e355+3 | Facilitador Substancial | 11 | 5 |
| **e4** | **Atitudes** | | |
| **e450** | **Atitudes individuais dos profissionais de saúde** | | |
| e450+0 | Nenhum facilitador | - | 9 |
| e450+2 | Facilitador Moderado | 2 | - |
| e450+3 | Facilitador Substancial | 11 | 4 |
| e450.0 | Nenhuma Barreira | - | 3 |
| e450.1 | Barreira Leve | 2 | - |
| e450.3 | Barreira Grave | 1 | - |

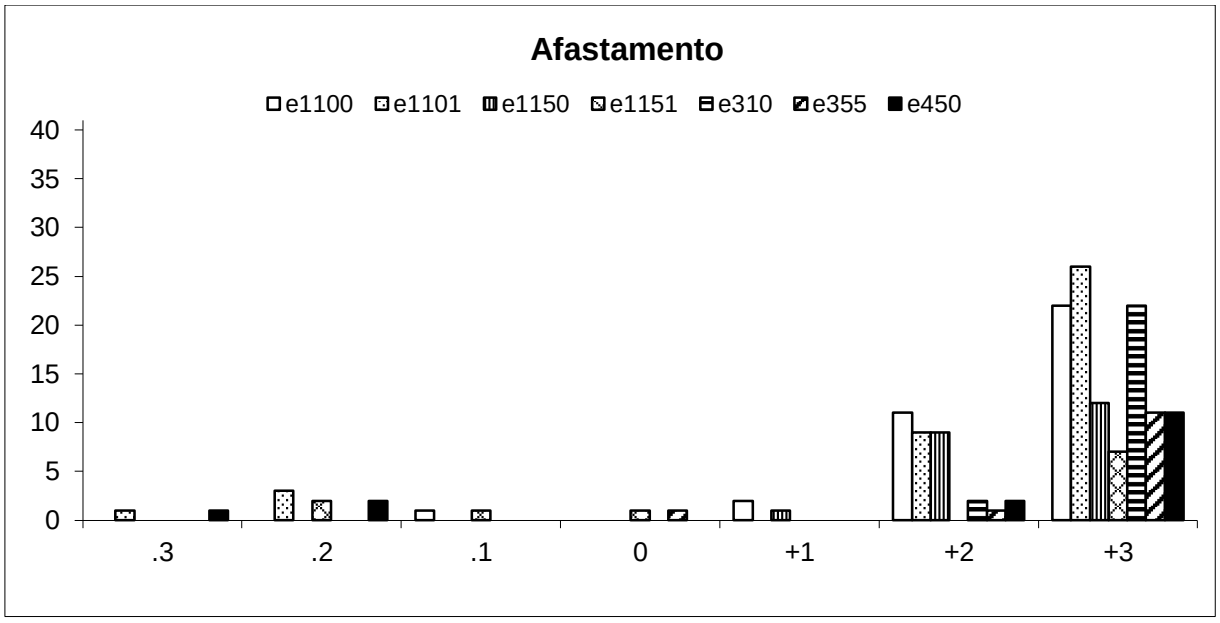


Gráfico 5.7 – Distribuição das principais categorias referidas no componente Fatores ambientais segundo os qualificadores no afastamento

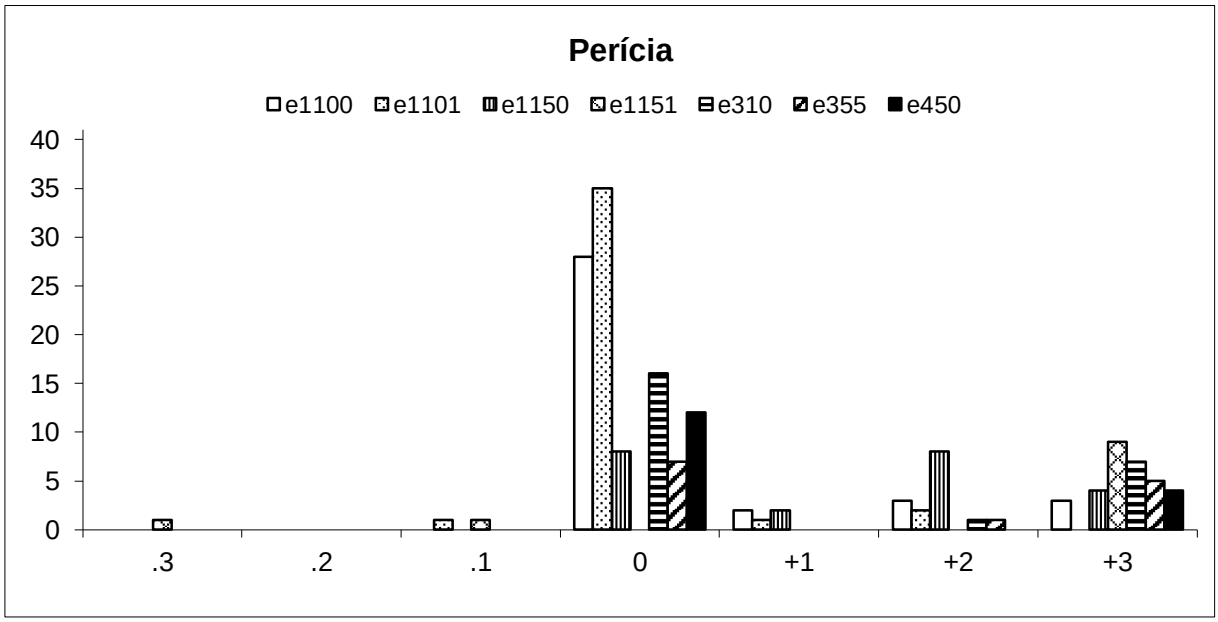


Gráfico 5.8 – Distribuição das principais categorias referidas no componente Fatores ambientais segundo os qualificadores na perícia

5.5.2.4 Categorias da CIF referidas no afastamento do trabalho e na perícia em relação às afecções principais segundo a CID-10

Para compor o formulário a ser utilizado para a codificação com a CIF foram selecionadas 40 categorias para os componentes funções do corpo (n=26) e atividades e participação (n=14). A Tabela 5.25 mostra o número de categorias com problemas nesses componentes durante o afastamento do trabalho e no momento da avaliação pericial conforme relato do periciado sobre o histórico do caso.

Do total de categorias (n=40) o número de categorias com problemas referidos durante o afastamento do trabalho foi no mínimo de 4 (10,00%) referente à colocação de um implante dentário e no máximo de 22 (55%) referente a um caso de pericoronarite.

Observa-se uma redução no número de categorias afetadas em todos os casos periciados, indicando uma evolução positiva. Apenas em 8 casos (19,51%) não foram referidos problemas no momento da avaliação pericial e relacionam-se às seguintes condições de saúde: Z96.5 (n=3), K05 (n=2), K08.1 (n=1), K04.0 (n=1) e K11.6 (n=1) (faixa cinza-claro da Tabela 5.25).

Do total de casos periciados (n=41), 8 casos (19,51%) permanecem com no mínimo 20% de categorias afetadas no momento da avaliação pericial e referem-se às seguintes condições de saúde: K08.1 (n=2), Z96.5 (n=2), Z46.3 (n=1), K09.2 (n=1), S02.7 (n=1), K05.5 (n=1). Desses casos, 2 (dois) casos necessitaram de internação hospitalar, 3 (três) apresentavam parestesia e 3 (três) o uso de dispositivo provisório de prótese dentária (faixa cinza-escuro da Tabela 5.25).

O caso com maior número de categorias com problemas na avaliação pericial refere-se a um periciado que necessitou de internação hospitalar para remoção cirúrgica de cisto mandibular bilateral (K09.2) com presença de parestesia.

Tabela 5.25 – Número e percentual de categorias da CIF referidas no afastamento do trabalho e na perícia segundo as afecções principais codificadas pela CID-10

| CID-10 | Categorias com problemas durante o afastamento do trabalho | | Categorias com problemas na avaliação pericial | | Dias de afastamento |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n |
| **K08.1 *(1)*** | **17** | **42,50%** | **9** | **22,50%** | **2** |
| K08.1 *(1)* | 11 | 27,50% | 3 | 7,50% | 2 |
| K08.1 *(1)* | 18 | 45,00% | 4 | 10,00% | 1 |
| K08.1 *(1)* | 10 | 25,00% | 4 | 10,00% | 1 |
| K08.1 *(1)* | 7 | 17,50% | 1 | 2,50% | 2 |
| K08.1 *(1)* | 16 | 40,00% | 2 | 5,00% | 1 |
| K08.1 *(1)* | 5 | 12,50% | 2 | 5,00% | 1 |
| K08.1 *(1)* | 9 | 22,50% | 3 | 7,50% | 1 |
| K08.1 *(1)* | 16 | 40,00% | 4 | 10,00% | 2 |
| K08.1 *(1)* | 16 | 40,00% | 0 | 0,00% | 2 |
| K08.1 *(1)* | 7 | 17,50% | 3 | 7,50% | 3 |
| K08.1 *(1)* | 13 | 32,50% | 1 | 2,50% | 2 |
| **K08.1 *(2)*** | **15** | **37,50%** | **10** | **25,00%** | **1** |
| K08.1 *(2)* | 11 | 27,50% | 2 | 5,00% | 2 |
| K08.1 *(2)* | 18 | 45,00% | 1 | 2,50% | 2 |
| K08.1 *(4)* | 18 | 45,00% | 3 | 7,50% | 1 |
| K08.1 *(8)* | 17 | 42,50% | 7 | 17,50% | 24 |
| Z96.5 *(1)* | 10 | 25,00% | 0 | 0,00% | 1 |
| **Z96.5 *(1)*** | **10** | **25,00%** | **8** | **20,00%** | **2** |
| Z96.5 *(1)* | 6 | 15,00% | 0 | 0,00% | 1 |
| Z96.5 *(1)* | 4 | 10,00% | 1 | 2,50% | 1 |
| Z96.5 *(1)* | 15 | 37,50% | 3 | 7,50% | 4 |
| Z96.5 *(2)* | 12 | 30,00% | 3 | 7,50% | 5 |
| Z96.5 *(3)* | 15 | 37,50% | 0 | 0,00% | 4 |
| **Z96.5 *(6)*** | **14** | **35,00%** | **8** | **20,00%** | **5** |
| **K02.1** | 6 | 15,00% | 4 | 10,00% | 1 |
| K04.0 | 14 | 35,00% | 0 | 0,00% | 2 |
| **K04.6** | 8 | 20,00% | 1 | 2,50% | 2 |
| K05.2 | 22 | 55,00% | 0 | 0,00% | 2 |
| K05.3 | 6 | 15,00% | 0 | 0,00% | 1 |
| **K05.5** | **13** | **32,50%** | **8** | **20,00%** | **1** |
| **K05.5** | 13 | 32,50% | 1 | 2,50% | 3 |
| **K05.5** | 15 | 37,50% | 3 | 7,50% | 1 |
| **K06.0** | 5 | 12,50% | 1 | 2,50% | 2 |
| **K06.8** | 17 | 42,50% | 6 | 15,00% | 2 |
| **K09.2** | **19** | **47,50%** | **15** | **37,50%** | **15** |
| K11.6 | 8 | 20,00% | 0 | 0,00% | 2 |
| **S02.7** | **16** | **40,00%** | **9** | **22,50%** | **28** |
| T81.8 | 16 | 40,00% | 6 | 15,00% | 1 |
| Z46.3 | 15 | 37,50% | 5 | 12,50% | 1 |
| **Z46.3** | **14** | **35,00%** | **10** | **25,00%** | **1** |

### 5.5.2.5 Análise das categorias da CIF selecionadas para o formulário

A tabela 5.26 mostra as categorias do formulário que não foram referidas pelos periciados, distribuídas nos capítulos b1 (funções mentais) do componente “Funções do corpo”; capítulos s3 (estruturas relacionadas à voz e à fala) e s7 ( estruturas relacionadas ao movimento) do componente “Estruturas do corpo”; capítulo d7 (relações e interações interpessoais) e d8 (áreas principais da vida) do componente “Atividades e participação”; e capítulos e3 (apoio e relacionamentos) e e4 (atitudes) do componente “Fatores ambientais”

Tabela 5.26 – Categorias da CIF do formulário que não foram referidas pelo periciado ou observadas pelo perito

| Componente | Categoria da CIF | Título |
|---|---|---|
| FC | b1263 | Estabilidade psíquica |
| FC | b1266 | Confiança |
| FC | b1470 | Controle psicomotor |
| EC | s3202 | Estrutura do palato |
| EC | s3203 | Língua |
| EC | s32040 | Lábio superior |
| EC | s7103 | Articulações da região da cabeça e pescoço |
| A&P | d7102 | Tolerância nos relacionamentos |
| A&P | d7202 | Regulação dos comportamentos nas interações |
| A&P | d870 | Autossuficiência econômica |
| FA | e335 | Pessoas em posições subordinadas |
| FA | e345 | Estranhos |
| FA | e360 | Outros profissionais |
| FA | e415 | Atitudes individuais de membros da família ampliada |
| FA | e420 | Atitudes individuais dos amigos |
| FA | e435 | Atitudes individuais das pessoas em posições subordinadas |
| FA | e440 | Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais |
| FA | e455 | Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde |
| FA | e460 | Atitudes sociais |
| FA | e465 | Normas, práticas e ideologias sociais |

FC – Funções do corpo; EC – Estruturas do corpo; A&P – Atividades e participação; FA – Fatores ambientais

Algumas categorias da CIF foram referidas espontaneamente pelos periciados e não estavam incluídas no formulário (Tabela 5.27).

No formulário estava presente a subcategoria de terceiro nível b1342 (manutenção do sono), mas observa-se que também foram referidas as categorias b1340 e b1341 relacionadas à quantidade de sono e início do sono respectivamente.

Tabela 5.27 – Categorias da CIF referidas pelo periciado que não estavam presentes no formulário

| Categorias da CIF | Título | n |
|---|---|---|
| **b1340** | Quantidade de sono | 6 |
| **b1341** | Início do sono | 1 |
| **b2703** | Sensibilidade a estímulos nocivos | 8 |
| **b210** | Funções da visão | 1 |
| **b4303** | Funções de coagulação | 7 |
| **d430** | Levantar e carregar objetos | 9 |
| **d930** | Religião e espiritualidade | 1 |
| **d4100** | Deitar-se | 1 |
| **d450** | Andar | 1 |
| **d469** | Andar e mover-se, outros especificados e não especificados | 1 |
| **d4702** | Utilização de transporte público | 1 |
| **d598** | Cuidados pessoais, outros especificados * | 2 |
| **d630** | Preparação das refeições | 1 |

* colocação e remoção da prótese dentária

# 6 DISCUSSÃO

A utilização da CIF complementarmente à CID fornece dados importantes para a descrição de uma situação de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2003; Peterson, 2005; Reed et al., 2005; Kostanjsek, 2011; Kostanjsek et al., 2011; Martins et al., 2011; Salvador-Carulla; Garcia-Gutierrez, 2011; Kohler et al., 2012).

Neste estudo, os dados coletados em perícias odontológicas com o uso conjunto da CIF, CID-10 e CID-OE permitiram a avaliação dos resultados de intervenções e das necessidades de reabilitação dos indivíduos, fornecendo dados essenciais para a avaliação da incapacidade temporária para o trabalho por motivo odontológico, bem como para o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde bucal dos trabalhadores.

A incapacidade parcial temporária por motivo odontológico avaliada neste estudo foi em sua maioria decorrente de procedimentos cirúrgicos e dos cuidados pós-operatórios, resultado similar a estudo realizado por Mazzilli e Crosato (2005). Durante esses períodos, o indivíduo deve seguir as recomendações dos profissionais de saúde relativas ao repouso, ao uso de medicamentos, à higiene oral e à dieta. O afastamento do trabalho é prescrito pelo profissional de saúde que prestou a assistência e faz parte da terapêutica. Portanto, a limitação funcional inicial decorre de uma recomendação profissional. O indivíduo também pode desenvolver estratégias compensatórias para minimizar o impacto, a dor e proteger o sítio cirúrgico.

Nos casos em que a cirurgia bucal é eletiva, há a possibilidade de escolha da data para a realização do procedimento, adequando-se às reais necessidades de repouso para a recuperação da saúde. Considerar essa questão é importante pois pode indicar uma preocupação do trabalhador com as questões laborais, bem como o conhecimento prévio do impacto da condição de saúde bucal para o desempenho de atividades.

Verifica-se que, na maioria dos casos avaliados (87,80%), foi possível mais de uma codificação pela CID-10, possibilitando uma melhor compreensão da condição de saúde (Mazzilli, 2007). De fato, a análise por afecções múltiplas, ou seja, a indicação da afecção principal e de outras afecções, é recomendada (Organização Mundial da Saúde, 2008) e mostrou ser relevante para avaliação do absenteísmo em perícias odontológicas. Por exemplo, para melhor compreender um problema na

funcionalidade observou-se a presença de complicações cirúrgicas como uma parestesia, indicada com um código adicional (“outras afecções”).

A maioria dos afastamentos foi de curto prazo, decorrente de exodontias e colocação de implantes, corroborando resultados de estudos anteriores (Mazzilii e Crosato, 2005; Togna et al., 2011). Nesses casos deve-se observar a necessidade de reabilitação e a qualidade dos serviços de prótese dentária realizados para restaurar a funcionalidade. Essa condição (Z97.2 – Presença de dispositivo protético dentário) também encontra-se codificada como “outras afecções” e deve ser observada em relação à afecção principal codificada.

Uma aspecto importante em saúde bucal para avaliar o impacto na funcionalidade e as necessidades de afastamento do trabalho é o número de elementos dentários perdidos ou o número de implantes dentários colocados. A CID-10 não fornece essa indicação, razão pela qual, neste estudo essa informação foi adicionada entre parênteses após o código. Vale considerar a possibilidade de usar a Notação Dentária Internacional para o registro.

Um outro aspecto observado na análise dos afastamentos é o nível de atenção à saúde, pois tem impacto relevante no número de dias de afastamento do trabalho e na funcionalidade do indivíduo. Por essa razão, deve ser registrado na avaliação pericial.

O detalhamento oferecido pela CID-OE favorece o dimensionamento do tempo de afastamento e do impacto na funcionalidade. Por exemplo, o tipo de fratura dentária pode indicar a necessidade de exodontia ou de uma reabilitação protética, condições importantes para avaliação do grau de funcionalidade de um indivíduo. Logo, a CID-OE oferece um detalhamento relevante, mas apresentou pouca possibilidade de utilização neste estudo. A atualização e a revisão da classificação podem favorecer e ampliar o seu uso.

Considerando o modelo conceitual da CIF e sua abordagem biopsicossocial é imprescindível avaliar o restabelecimento físico, psíquico e social de um indivíduo.

As informações obtidas com o uso da CIF aprofundam o conhecimento sobre o impacto da condição de saúde na qualidade de vida (Organização Mundial da Saúde, 2003; Cieza; Stucki, 2005; Cieza; Stucki, 2008; Férnandez-López et al., 2010; Mayo et al., 2011; Salvador-Carulla; Garcia-Gutierrez, 2011; Marcelino; Di Nubila, 2013).

A codificação pela CIF nesta pesquisa foi feita a partir do relato do periciado sobre suas limitações funcionais e pela observação direta do perito no exame clínico.

A inclusão da perspectiva do periciado é fundamental para a avaliação da qualidade de vida.

Nas respostas à questão aberta foi possível identificar o que é mais significativo para o indivíduo, reforçando os aspectos relativos à qualidade de vida. A dor (b28010) foi a categoria mais referida na questão aberta, mostrando o impacto da experiência da dor na vida dos indivíduos. Nessa questão verificou-se igualmente o impacto dos problemas de saúde bucal nas funções emocionais (b152). A dor e as funções emocionais também foram identificadas na abordagem com o formulário, reforçando a importância da avaliação desses aspectos. Outro aspecto observado nas duas abordagens foi a dificuldade no comer (d550) e na fala (d330).

Na abordagem com o formulário destacaram-se também as categorias d5102 (mastigar), d230 (realizar a rotina diária), d5201 (cuidado dos dentes) e d3350 (produção da linguagem corporal). A dificuldade com o cuidado com os dentes (d5201) pode indicar a necessidade de acompanhamento e reforço nas orientações sobre higiene oral.

Nas respostas à pergunta aberta também foram frequentes relatos relacionados ao edema (s7109), à imagem do corpo (b1801) e às funções do sono (b134). É importante avaliar a relação desses aspectos com a incapacidade para o trabalho.

Logo, a aplicação da CIF permitiu verificar que a incapacidade relativa à saúde bucal tem impacto considerável nas funções de ingestão (mastigar), funções emocionais e funções sensoriais e dor. Em estudo de Ekback et al. (2012) com uma população de idosos, a dor e a função mastigatória foram fatores significativos para a satisfação com a saúde bucal.

No componente Atividades e Participação as principais dificuldades relacionam-se a realizar a rotina diária (d230), comer (d550), falar (d330) e na produção da linguagem corporal (d3350).

No componente Estruturas do corpo o domínio s7 (estruturas relacionadas ao movimento) foi o mais referido na pergunta aberta e relaciona-se à presença de edema pós-operatório. Essa condição tem um impacto negativo significativo para a pessoa. Na avaliação pericial, o domínio mais observado foi o s3 (estruturas relacionadas à voz e à fala) que inclui a estrutura da boca (dentes e gengivas), indicando a perspectiva do perito. Esse resultado ressalta a importância de se integrar as perspectivas do periciado e do perito nas avaliações da incapacidade para o trabalho.

Na pergunta aberta as estratégias relacionam-se em sua maioria à presença de facilitadores e referem-se a produtos e substâncias para consumo pessoal (e1101 - medicamentos, e1100 - alimentos) e ao apoio de profissionais de saúde (e355) e da família imediata (e310). A abordagem com o formulário reforça a importância desses aspectos para a recuperação da saúde, incluindo as categorias relativas aos produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (e1150) e produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária (e1151).

O padrão mastigatório unilateral presente no pós-operatório da maioria dos casos deste estudo foi considerado uma deficiência grave na função mastigar (b5102) devido à possibilidade de desiquilíbrio articular e comprometimento das estruturas do sistema estomatognático.

O alimento adaptado (macio e frio) utilizado no pós-operatório tem um impacto facilitador tanto na preservação da estruturas do corpo afetadas e em fase de cicatrização quanto no favorecimento da atividade de comer, melhorando o desempenho. Contudo, possui um impacto negativo em relação à escolha alimentar e aos aspectos nutricionais da dieta.

Neste estudo constatou-se que os problemas nas funções de ingestão interferem na escolha alimentar e permanecem por períodos de tempo maiores do que o esperado. A dificuldade de ingestão de alimentos mais consistentes diminui a quantidade de fibras e o aporte de nutrientes. Vale ressaltar que essa condição pode prejudicar o processo de cicatrização e recuperação do paciente.

Um problema de desempenho no ato de comer também pode estar relacionado à ausência de dispositivo de prótese dentária ou à qualidade da prótese dentária provisória e essa condição pode ser analisada na relação das categorias mais referidas b5102 (mastigar) e d550 (comer) com o código Z97.2 da CID-10. Quanto ao código Z97.2, vale destacar a necessidade de detalhamento sobre o tipo de prótese utilizada. Ainda em relação ao dispositivo de prótese dentária é importante verificar a associação com problemas na categoria d330 (fala) referida em alguns casos.

Essas relações entre as classificações reforçam a necessidade de alinhamento dos códigos e definições da CID com a CIF para facilitar o uso conjunto (Kostanjsek, 2011; Kostanjsek et al., 2011; Kohler et al., 2012).

Uma outra dificuldade bastante referida foi na categoria d5201 (cuidado dos dentes). Esse domínio merece atenção para que se possa garantir a integridade dos tecidos e favorecer a recuperação.

Assim, em relação às questões alimentares, nutricionais e de cuidado dos dentes observa-se a necessidade de orientações mais detalhadas sobre dieta e higiene oral tanto no pós-operatório imediato quanto no decorrer do processo de cicatrização das feridas cirúrgicas, reforçando a importância do acompanhamento pelo profissional de saúde que prestou a assistência, bem como definindo temas prioritários para o planejamento de ações educativas em saúde bucal no trabalho.

No componente Fatores ambientais, os facilitadores identificados no estudo relacionam-se ao domínio Produtos e Tecnologia, mais especificamente às categorias alimentos (e1100), medicamentos (e1101), produtos e tecnologia de uso pessoal (e1150) e de assistência (e1151 - dispositivos protéticos). Esses facilitadores foram importantes durante o afastamento do trabalho e, em alguns casos, continuaram sendo necessários e relevantes até a data da avaliação pericial (Gráficos 5.7 e 5.8).

Além da família imediata (e310), o apoio de profissionais de saúde (e355) foi bastante referido como facilitador, demonstrando a necessidade de avaliação contínua do acesso aos serviços de saúde bucal, da qualidade da assistência odontológica e do suporte social. Estudo de Faulks et al. (2013) com o uso da CIF também destaca a importância do apoio familiar e de profissionais de saúde para a saúde bucal de crianças e jovens com necessidades de cuidados especiais.

Essas informações sobre os fatores ambientais (facilitadores e barreiras) orientam ações e programas de saúde bucal para melhorar a funcionalidade e prevenir a incapacidade.

Vale ressaltar que as barreiras foram pouco referidas neste estudo e se relacionam às limitações na escolha alimentar, aos efeitos colaterais dos medicamentos, atitudes dos profissionais de saúde ou custo dos tratamentos odontológicos.

Importa salientar que os colutórios foram codificados na categoria e1150 – Produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária (equipamentos, produtos e tecnologia utilizados pelas pessoas nas atividades diárias como roupas, tecidos, móveis, aparelhos, produtos de limpeza e ferramentas, não adaptados nem especialmente projetados). Alguns colutórios são medicamentos, mas na definição proposta pela CIF a categoria de terceiro nível e1101 - medicamentos pertence à categoria de segundo nível e110 - Produtos ou substâncias para consumo pessoal cuja definição operacional é “substância natural ou feita pelo homem, colhida, processada ou manufaturada para ser ingerida”, restringindo a classificação a

produtos ou substâncias ingeridos. Com efeito, as definições operacionais são importantes para facilitar e ampliar o uso da CIF (Reed et al., 2005; Anner et al., 2012).

Ainda em relação à categoria e1101 medicamentos, vale considerar que um maior nível de detalhe permitiria a inclusão da classe dos medicamentos utilizados (analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos e outros). Uma maior granularidade na categoria e355 (profissionais de saúde) favoreceria a identificação da área de atuação do profissional. Do mesmo modo, para a área odontológica é importante especificar mais a categoria b28010 (dor na cabeça e pescoço).

Para algumas categorias não foi possível identificar uma variação positiva ou negativa. Por exemplo, a categoria salivação (b5104) inclui tanto a salivação excessiva quanto a xerostomia.

Ao avaliar as categorias da CIF com as principais condições de saúde codificadas pela CID-10 identificadas neste estudo, verifica-se que o maior impacto ocorre nas mesmas funções do corpo (mastigar e funções emocionais), estruturas do corpo (dentes e gengivas), bem como nas mesmas categorias do componente atividades e participação (realizar a rotina diária e cuidado dos dentes). Os facilitadores mais frequentes também foram os medicamentos e alimentos.

Na qualificação das categorias mais referidas é fundamental considerar que mesmo após o retorno ao trabalho, ainda ocorre a presença de dor leve, de deficiência moderada a grave nas funções emocionais e de dificuldades no cuidado dos dentes. Essas questões merecem atenção dos profissionais dos serviços de saúde do trabalhador para o monitoramento do presenteísmo e para o planejamento de ações educativas em saúde. O impacto biopsicossocial de uma condição de saúde bucal exige um trabalho em equipe, bem como o acompanhamento do profissional de saúde que prestou a assistência.

O uso do primeiro qualificador para determinar o grau de severidade da deficiência, problema ou dificuldade foi possível a partir das respostas do periciado às questões referentes a cada categoria selecionada da CIF. Importa destacar que, em saúde bucal, é necessário considerar a definição dos parâmetros utilizados. Por exemplo, neste estudo considerou-se a perda de um dente como uma deficiência completa (s3200.4), não sendo possível a diferenciação entre a perda de um ou vários elementos dentários com o uso do primeiro qualificador. Alguns estudos relativos à área odontológica utilizam escalas de qualificadores adaptadas (Maeda et al., 2005; Petrovic et al., 2011). No estudo de Petrovic et al. (2011) a modificação da escala

original considerou o número de dentes perdidos, corroborando a necessidade observada neste estudo de uma adaptação da escala de qualificadores para uso em odontologia.

As especificidades das estruturas da boca (número de dentes, faces dos dentes) dificultam o uso do terceiro qualificador de localização da deficiência, indicando a necessidade de uma adaptação da escala de qualificadores ou da utilização da Notação Dentária Internacional para complementar a informação.

Em relação ao uso do segundo e terceiro qualificadores, a configuração atual proposta pela CIF é viável em situações semelhantes ao caso de fratura do osso malar do lado direito observado neste estudo. O código para a estrutura do corpo s7101 (ossos da face) com o uso dos três qualificadores seria s7101.351: primeiro qualificador (extensão da deficiência 3 – grave); segundo qualificador (natureza da deficiência 5 – descontinuidade); terceiro qualificador (localização da deficiência 1 – direita).

A operacionalização da CIF em perícias odontológicas permitiu verificar a necessidade de um sistema de qualificadores específico para as estruturas da boca, do aprimoramento de algumas definições operacionais (medicamentos), de um maior detalhamento de algumas categorias (ossos da face, medicamentos, profissionais de saúde), da indicação de variação positiva ou negativa em certas categorias (apetite, quantidade de sono, salivação) e do desenvolvimento de diretrizes de codificação para a área. Vale ressaltar que diretrizes de codificação para os profissionais de saúde estão em desenvolvimento (Reed et al., 2005).

Em saúde bucal, a incapacidade temporária para o trabalho é de curto prazo (Mazzilli; Crosato, 2005; Togna et al., 2011). Por essa razão, as perícias foram realizadas após o retorno ao trabalho. Essa condição permitiu a descrição dos domínios de saúde e relacionados à saúde em dois momentos ou dois pontos no tempo (no período do afastamento do trabalho e na data da realização da perícia), possibilitando descrever a trajetória da recuperação da saúde ao longo do tempo.

Ao avaliar a funcionalidade nesses dois momentos (Tabela 5.25) verifica-se que uma mesma condição de saúde pode apresentar níveis de funcionalidade diferentes (Sampaio et al., 2005), mostrando a imprescindibilidade de se considerar a complexidade e a singularidade do adoecer humano (Sampaio; Luz, 2009). Esses aspectos podem impossibilitar a determinação de parâmetros de afastamento.

Na incapacidade laborativa temporária por problemas de saúde bucal, observa-se que o indivíduo, a despeito de seu retorno ao trabalho, permanece com problemas funcionais que podem afetar seu desempenho. A presença de dor e problemas nas funções emocionais mesmo após o retorno ao trabalho aponta para a necessidade de se monitorar o presenteísmo.

Alguns fatores pessoais foram identificados durante a avaliação pericial, destacando-se a experiência prévia e atual, bem como estilos de enfrentamento. Esses fatores, apesar de não estarem classificados, também fazem parte da CIF e devem ser considerados (Lima et al., 2010; Geyh et al., 2011).

Observou-se que algumas categorias foram referidas e não estavam no formulário, como d430 (levantar e carregar objetos), b2703 (sensibilidade a estímulos nocivos), b4303 (funções de coagulação) e outras subcategorias relativas às funções do sono. Vale ressaltar a necessidade de avaliar a categoria d430 em relação às questões laborais e de uma avaliação mais específica das funções do sono.

Com a utilização da CIF nas perícias, o periciado refaz a história da doença e pode reelaborar o percurso percorrido desde o seu adoecimento ou de sua necessidade de afastamento do trabalho até sua recuperação, retorno ao trabalho e sua situação atual, contribuindo para a avaliação de seu bem-estar e qualidade de vida.

O entendimento do modelo conceitual da CIF, sua estrutura, seus fundamentos e princípios, bem como a compreensão da lógica da classificação (Marcelino; Di Nubila, 2013) favorecem sua utilização e aplicação pelo perito. Essa perspectiva abrangente deve ser integrada à prática pericial.

O uso da CIF no campo da saúde do trabalhador é bastante explorado (Almeida; Vianna, 2005; Slebus et al., 2007; Conclave et al., 2009; De Boer et al., 2009; Di Nubila, 2010; Kok et al., 2011; Morgell et al., 2011; Marcelino; Di Nubila, 2013; Reis; Arantes, 2013). É importante o uso do modelo conceitual da CIF para conduzir o raciocínio nas avaliações periciais e o uso da classificação para fins estatísticos, criando um banco de dados relevante. Com efeito, o conhecimento do grau de funcionalidade de uma população favorece o desenvolvimento de políticas sólidas de saúde.

Os dados obtidos neste estudo permitiram avaliar os resultados das intervenções e as necessidades de reabilitação. As informações coletadas com a utilização da CIF podem identificar áreas prioritárias para o planejamento de ações

em saúde bucal, para o monitoramento do absenteísmo e do presenteísmo, promovendo a qualidade de vida no trabalho.

O uso complementar da CID e da CIF qualifica as avaliações periciais, gerando informações de saúde imprescindíveis para a gestão dos serviços de saúde do trabalhador.

# 7 CONCLUSÕES

A discussão dos resultados obtidos permitiram as seguintes conclusões:

a) A utilização da CIF, complementarmente ao uso da CID-10 e da CID-OE, pode fornecer dados relevantes para avaliação de resultados de intervenções, necessidades de reabilitação e planejamento de ações de saúde bucal.

b) As principais deficiências no componente Funções do corpo referem-se a mastigar, funções emocionais e dor.

c) As principais deficiências no componente Estruturas do corpo referem-se aos dentes e gengivas.

d) As principais dificuldades no componente Atividades e participação referem-se ao cuidado dos dentes, comer, realizar a rotina diária, fala e produção da linguagem corporal.

e) Os principais facilitadores encontrados no componente Fatores Ambientais relacionam-se ao domínio Produtos e tecnologia (medicamentos e alimentos) e ao domínio Apoio e relacionamentos (profissionais de saúde e família imediata).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Abro a terra e boto as sementes.*
*Deixo as sementes para a chuva enternecer”.*

*Manoel de Barros*

Aprofundar o conhecimento sobre o modelo biopsicossocial proposto pela CIF permitiu reconhecer no estudo da funcionalidade e da incapacidade a complexidade da condição humana.

A partir dessa perspectiva, ouvir a experiência vivenciada pelo indivíduo possibilita compreender suas necessidades, expectativas e valores.

No relato do periciado sobre sua situação de saúde é possível articular um discurso sobre o sofrimento. Nessa narrativa surgem os conteúdos significativos para o indivíduo, permitindo compreender uma experiência de saúde que é única. Essa singularidade evidencia-se com a perspectiva abrangente proposta pelo modelo conceitual da CIF.

A utilização da CIF em perícias odontológicas produz dados que devem ser registrados para o planejamento de ações de saúde bucal. Importa destacar que essas ações devem ser direcionadas às reais necessidades dos indivíduos e da coletividade para que tenham um impacto positivo na funcionalidade humana.

O perito inserido em um serviço de saúde do trabalhador pode acompanhar o processo de retorno ao trabalho, avaliar a participação no trabalho e as necessidades dos trabalhadores. Avaliar o impacto de uma condição de saúde é fundamental para uma práxis voltada para o bem-estar e qualidade de vida.

Portanto, é importante aprimorar e humanizar a prática pericial, no sentido de integrar as múltiplas dimensões envolvidas na experiência de saúde de um indivíduo e acolher a narrativa do processo saúde-doença-cuidado com profundo respeito à singularidade e à totalidade da pessoa humana.

# REFERÊNCIAS[1]

Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia. Rev Bras Epidemiol. 2000;3(1-3):4-20.

Almeida MCRR. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde-CIF:aplicação em um hospital público [tese]. São Paulo:Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Almeida TF, Vianna MIP. O papel de Epidemiologia no planejamento das ações de saúde bucal do trabalhador. Saúde e Sociedade. 2005;14(3):144-54.

Anner J, Schwegler U, Kunz R, Trezzini B, de Boer W. Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. BMC Public Health. 2012 Jun 21;12:470.

Araújo ME. Classificação Internacional de Doenças (CID) de interesse para a área odontológica. In: Silva M. Compêndio de Odontologia Legal. São Paulo: Medsi; 1997. cap.21, p. 345-87.

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

Australian Institute of Health and Welfare. ICF Australian user guide version 1.0. 2003. Disability Series. Cat. no. DIS 33. Canberra: AIHW.

Becker S, Kirchberger I, Cieza A, Berghaus A, Harréus U, Reichel O, Tschiesner U. Content validation of the Comprehensive ICF Core Set for Head and Neck Cancer (HNC): the perspective of psychologists. Psychooncology. 2010 Jun;19(6):594-605

Brage S, Donceel P, Falez F; Working Group of the European Union of Medicine in Assurance and Social Security. Development of ICF core set for disability evaluation in social security. Disabil Rehabil. 2008;30(18):1392-6

[1] De acordo com Estilo Vancouver.

Brasil. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador; 2004. [Citado 25 Ago. 2011]. Disponível em: http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf.

Brasil. Consolidação das leis do trabalho e Constituição Federal. 33a ed. São Paulo: Editora Saraiva; 2006.

Brasil. Resolução CFO-87 de 26 de maio de 2009, normatiza a perícia e junta odontológica e dá outras providências. Rio de Janeiro; 2009. [Citado 25 Ago. 2011]. Disponível em: http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1356.

Brasil. Resolução Nº 452 de 10 de maio de 2012. Ministério da Saúde 2012. [Citado 13 Ago. 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html.

Bruyère S, Van Looy SA, Peterson DB. The International Classification of Functioning, Disability and Health: contemporary literature overview. Rehabilitation Psychology. 2005;50(2):113-21.

Buchalla CM. Das listas de mortalidade à qualidade de vida: a trajetória das classificações relacionadas à saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2006.

Buchalla CM; Laurenti R. A família de classificações internacionais da Organização Mundial da Saúde. Cad Saúde Colet 2010;18(1):55-61.

Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach JE, Leonardi M. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalization. Disabil Rehabil. 2011;33:281-309.

Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, Üstün B, Stucki G. Linking Health-Status to the International Classification of Functioning Disability and Health. J Rehabil Med. 2002 Sep;34(5):205-10.

Cieza A, Ewert T, Üstün TB, Chaterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. J Rehabil Med. 2004a Jul;(44 Suppl):9-11.

Cieza A, Stucki G, Weigl M, Kullmann L, Stoll T, Kamen L, Kostanjsek N, Walsh N. ICF Core Sets for chronic widespread pain. J Rehabil Med. 2004b Jul;(44 Suppl):63-8.

Cieza A, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the internacional classification of functioning, disability and health (ICF). Qual Life Res. 2005 Jun;14(5):1225-37.

Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. J Rehabil Med. 2005 Jul;37(4):212-8.

Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün BT, Stucki G. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modeling. BMC Med Res Methodol. 2006 Jul 27;6:36.

Cieza A; Bickenbach J; Chatterji S. The ICF as a Conceptual Plataform to Specify and Discuss Health and Health-Related Concepts. Gesundheitswesen. 2008 Oct;70(10):e47-56.

Cieza A, Stucki G. The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. Eur J Phys Rehabil Med. 2008 Sep; 44(3):303-13.

Conclave M, Fusaro G, Sala M, Martinuzzi A, Russo E, Frare M, Gorini G, Leonardi M, Raggi A. The ICF and Labour Policies Project: the first Italian nation-wide experience of ICF implementation in the labour sector. Disabil Rehabil. 2009;31 Suppl 1:S16-21.

De Boer WE, Wind H, Van Dijk FJ, Willens HH. Interviews for the assessment of long-term incapacity for work: a study on adherence to protocols and principles. BMC Public Health. 2009 Jun 2; 9:169.

De Jaegher P, Fleiter B, Prime I, Barral C, Cuenot M. Content comparison of oral health related quality of life measures based on the ICF. In: Meeting of the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications; 2011 29 Oct – 6 Nov; Cape Town. South Africa.

Di Nubila HBV. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev Bras Saúde Ocup. 2010;35(121):122-3.

Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(2):324-35.

Ekback G, Astrom AN, Klock K, Ordell S, Unell L. Oral health of 65-year old in Sweden and Norway: a global question and ICF, the latest conceptual model from WHO. Acta Odontol Scand. 2012 Jul;70(4):279-88.

Ewert T, Fuessl M, Cieza A, Andersen C, Chaterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using ICF checklist. J Rehabil Med. 2004 Ju (44 Suppl):22-9.

Fayed N, Cieza A, Bickenbach JE. Linking health and health-related information to the ICF: a systematic review of the literature from 2001 to 2008. Disabil Rehabil. 2011; 33(21-22):1941-51.

Faulks D, Norderyd J, Molina G, Macgiolla Phadraig C, Scagnet G, Eschevins C, Hennequin M. Using the International Classification of Functioning, Disability and health (ICF) to describe children referred to special care or pediatric dental services. PloS One. 2013 Apr 16;8(4):e61993.

Férnandez-López JA, Férnandez-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Classificacíon Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Pública. 2010 Mar-Apr; 84(2):169-84.

Geyh S, Peter C, Müller R, Bickenbach JE, Kostanjsek N, Üstün BT, Stucki G, Cieza A. The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature – a systematic review and content analisys. Disabil Rehabil. 2011; 33(13-14):1089-102.

Good A. Using the ICF in Ireland. BMC Public Health. 2011 May 31;11 Suppl 4:S5.

Hemmingsson H, Jonsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning Disability and Health – some critical remarks. Am J Occup Ther. 2005 Sep-Oct;59(5):569-76.

Homa DB. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in job placement. Work. 2007; 29(4):277-86.

Jelsma J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and health: a literature survey. J Rehabil Med. 2009 Jan;41(1):1-12.

Kohler F, Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Riberto M; International Society of Physical and Rehabilitation Medicine Sub-Committee Implementation of the ICF; Participants of the São Paulo ISPRM – World Health Organization Workshop. Toward the joint use of ICD and ICF: a call for contribution. J Rehabil Med. 2012 Oct;44(10):805-10.

Kok R, Hoving JL, Verbeek J, Schaafsma FG, van Dijk FJH. Integrating evidence in disability evaluation by social insurance physicians. Scand J Work Environ Health. 2011 Nov;37(6):494-501.

Kostanjsek N. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. BMC Public Health. 2011 May 31;11 Suppl 4:S3.

Kostanjsek N, Rubinelli S, Escorpizo R, Cieza A, Kennedy C, Selb M, Stucki G, Üstun B. Assessing the impact of health conditions using the ICF. Disabil Rehabil. 2011;33(15-16):1475-82.

Laurenti R, Buchalla CM. O uso em epidemiologia da família de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde. Cad Saúde Pública. 1999;15(4):685-700.

Leonardi M. Bickenbach J, Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S; MHADIE Consortium. The definition of disability: what is in a name? Lancet. 2006 Oct 7;368(9543):1219-21.

Lima A, Viegas CS, de Paula MEM, Silva FCM, Sampaio RF. Uma abordagem qualitativa das interações entre os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Acta Fisiatr. 2010; 17:94-102.

MacEntee MI. An existential model of oral health from evolving views on health, function and disability. Community Dent Health. 2006 Mar;23(1):5-14.

Madden R; Choi C; Sykes C. The ICF as a framework for national data: the introduction of ICF into Australian data dictionaries**.** Disabil Rehabil. 2003 Jun 3-17; 25(11-12): 676-82.

Maeda S, Kita F, Miyawaki T, Takeuchi K, Ishida R, Egusa M, Shimada M. Assessment of patients with intellectual disability using the International Classification of Functioning, Disability and Health to evaluate dental treatment tolerability. J Intellect Disabil Res. 2005 Apr;49(Pt 4):253-9.

Marcelino MA; Di Nubila HBV. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e potenciais aplicações em Saúde do Trabalhador. In: Mendes R. Patologia do trabalho. 3a ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2013. cap.9, p. 293-324.

Martins EF, de Sousa PH, Barbosa PH, de Menezes LT, Costa AS. A Brazilian experience to describe functioning and disability profiles provided by combined use of ICD and ICF in chronic stroke patients at home-care. Disabil Rehabil. 2011;33(21-22):2064-74.

Mayo NE, Poissant L, Ahmed S, Finch L, Higgins J, Salbach NM, Soicher J, Jaglal S. Incorporating the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) into an electronic health record to create indicators of function: proof of concept using the SF-12. Journal of the American Medical Informatics Association. 2004;11(6):514-22.

Mayo NE, Moriello C, Asano M, van der Spuy S, Finch L. The extent to which common health-related quality of life indices capture constructs beyond symptoms and function. Qual Life Res. 2011 Jun;20(5):621-7.

Mazzilli LEN. Odontologia do Trabalho. 2a ed. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2007.

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

Morgell R, Backlund LG, Arrelov B, Strender LE, Nilsson GH. Health problems and disability in long-term sickness absence: ICF coding of medical certificates. BMC Public Health. 2011 Nov 11;11:860.

Nardi A, Michel-Crosato E, Biazevic MGH, Crosato E, Pizzatto E, Queluz DP. Relationship between orofacial pain and absenteeism among workers in Southern Brazil. Braz J Oral Sci. Jan/ Mar 2009;8(1):50-4.

Nilsing E, Söderberg E, Normelli H, Öberg B. Description of functioning in sickness certificates. Scand J Public Health. 2011 Jul;39(5):508-16.

Nilsing E, Söderberg E, Öberg B. Sickness certificates in Sweden: did the new guidelines improve their quality? BMC Public Health. 2012 Oct 26;12:907.

Noonan VK, Kopec JA, Noreau L, Singer J, Chan A, Mâsse LC, Dvorak MF. Comparing the content of participation instruments using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Health Qual Life Outcomes. 2009 Nov 13;7:93.

Nordenfelt L. On health, ability and activity: comments on some basic notions in the ICF. Disabil Rehabil. 2006 Dec 15;28(23):1461-5.

Novaes HMD. Diagnosticar e classificar: o limite do olhar [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 1987.

Organização Mundial da Saúde. Checklist da CIF – Versão 2.1a, Formulário Clínico para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. CBCD, FSP, USP. São Paulo:sd.

Organização Mundial da Saúde. Rumo a uma linguagem comum para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. Genebra; 2002.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão - Manual de Instrução. 8. ed. Rev Ampl. São Paulo: Edusp;2008. vol.2.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Versão para Crianças e Jovens. São Paulo: Edusp;2011.

Perenboom RJ, Chorus AM. Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Disabil Rehabil. 2003 Jun 3-7;25(11-12):577-87.

Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health information systems – towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. Bull World Health Organ, 2005 Sep;83(9):686-93.

Peterson DB. International Classification of Functioning, Disability and Health: an introduction for rehabilitation psychologists. Rehabilitation Psychology. 2005;50(2):105-12.

Petrovic B, Markovic D, Peric T. Evaluating the population with intellectual disability to comply routine dental treatment using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Disabil Rehabil. 2011;33(19-20):1746-54.

Reed GM, Lux JB, Bufka LF, Peterson DB, Threats TT, Trask C, Stark S, Jacobson JW. Operationalizing the International Classification of Functioning, Disability and Health in clinical settings. Rehabilitation Psychology. 2005;50(2):122-31.

Reis P; Ribeiro PCL. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho e o uso gerencial da informação. In: Mendes R. Patologia do trabalho. 2a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003. cap.6, p. 231-322.

Reis P; Arantes EF. Contribuição da gestão da informação em saúde para a promoção da saúde e prevenção das doenças. In: Mendes R. Patologia do trabalho. 3a ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2013.cap. 54, p. 1726-78.

Rogers SN, Forgie S, Lowe L, Precious L, Haran S, Tschiesner U. Development of the Classification of Functioning, Disability and Health as a brief head and neck cancer patient questionaire. Int J Oral Maxillofac Surg. 2010 Oct;39(10):975-82.

Salvador-Carulla N, Garcia-Gutierrez C. The WHO construct of health-related functioning (HrF) and its implications for health policy. BMC Public Health. 2011 May 31; 11 Suppl 4:S9.

Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. Cad Saúde Pública. 2009; 25(3):475-83.

Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. Rev Bras Fisioter. 2005;9(2):129-36.

Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ. 2005 Sep; 83(9):644.

Slebus FG, Sluiter JK, Kuijer PP, Willems JH, Frings-Dresen MH. Work-ability evaluation: a piece of cake or a hard nut to crack? Disabil Rehabil. 2007 Aug 30; 29(16):1295-300.

Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. Phys Ther. 2002 Nov;82(11):1098-107.

Stucki G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Üstün B. Aplication of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. Disabil Rehabil. 2002 Mar 20;24(5):281-2.

Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J. O desenvolvimento da “Pesquisa em Funcionalidade Humana e Reabilitação” a partir de uma perspectiva abrangente. Acta Fisiatr. 2008;15(1):63-9.

Tschiesner U, Rogers SN, Harréus U, Berghaus A, Cieza A. Content comparison of quality of life questionnaires used in head and neck cancer based on the internacional classification of functioning, disability and health: a systematic review. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008 Jun;265(6):627-37.

Tschiesner U, Linseisen E, Coenen M, Rogers S, Harréus U, Berghaus A, Cieza A. Evaluating sequelae after head and neck cancer from the patient perspective with the help of the internacional classification of functioning, disability and health. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2009 Mar;266(3):425-36.

Tschiesner U, Becker S, Cieza A. Health professional perspective on disability in head and neck cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010a Jun;136(6):576-83.

Tschiesner U, Rogers S,Dietz A, Yueh B, Cieza A. Development of ICF core sets for head and neck cancer. Head Neck. 2010b Feb;32(2):210-20.

Tschiesner U, Schuster L, Strieth S, Harréus U. Functional outcome in patients with advanced head and neck cancer: surgery and reconstruction with free flaps versus primary radiochemotherapy. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012 Feb; 269(2):629-38.

Togna GRD, Crosato E, Melani RFH, Michel-Crosato E, Biazevic MGH. Uso da Classificação Internacional de Doenças na análise do absenteísmo odontológico. Rev Saúde Pública. 2011 Jun;45(3):512-8.

Ueda S, Okawa Y. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? Disabil Rehabil. 2003; 25(11-12):596-601.

Üstün TB, Chatterji S, Kostansjek N, Bickenbach J. WHO's ICF and functional status information in health records. Health Care Financ Rev. 2003a Spring;24(3):77-88.

Ustün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. Disabil Rehabil. 2003b Jun 3-17; 25(11-12):565-71.

World Health Organization. Global Strategy on Occupational Health for All. Geneva:WHO; 1995. [Citado 11 Apr. 2010]. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/en/oehstrategy.pdf.

World Health Organization. Fifty-Fourth World Health Assembly. Geneva:WHO; 2001. [Citado 15 Sept. 2013]. Disponível em: http://www.who.int/classifications/icf/wha-en.pdf.

APÊNDICE A – Formulário utilizado na avaliação pericial

**NOME**:_____

**SEXO**:
(1) Masc [ ]
(2) Fem [ ]

**DATA DE NASCIMENTO**: _____

**ESCOLARIDADE:**_____

1) **Dados do afastamento**

Período de afastamento: de___/___/_____ a ___/___/_____

Número de dias de afastamento: ____ dias

Data da perícia: ___/___/____

2) **Motivo do afastamento**

Informação do atestado:_____ CID_____

Diagnóstico Odontológico:
_____
_____

| Diagnóstico | | CID-10 | CID-OE |
|---|---|---|---|
| | Afecção Principal | | |
| | Outras afecções 1 | | |
| | Outras afecções 2 | | |
| | Outras afecções 3 | | |
| | Outras afecções 4 | | |
| | Outras afecções 5 | | |
| | Outras afecções 6 | | |

Procedimento Realizado:
_____
_____

“Cite as três maiores dificuldades encontradas durante o seu período de afastamento do trabalho por motivo odontológico e como enfrentou essas dificuldades”

| | Dificuldade | Estratégia |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

**3) <u>Perfil de Funcionalidade:</u>**

***FUNÇÕES DO CORPO***

| b1. FUNÇÕES MENTAIS | Qualificador Afastamento | Qualificador Perícia |
|---|---|---|
| b126 Funções do temperamento e da personalidade | | |
| b1263 Estabilidade psíquica | | |
| b1266 Confiança | | |
| b130 Funções da energia e de impulsos | | |
| b1302 Apetite | | |
| b134 Funções do sono | | |
| b1342 Manutenção do sono | | |
| b140 Funções da atenção | | |
| b1400 Manutenção da atenção | | |
| b147 Funções Psicomotoras | | |
| b1470 Controle psicomotor | | |
| b152 Funções emocionais | | |
| b180 Funções de experiência pessoal e do tempo | | |
| b1800 Experiência Pessoal | | |
| b1801 Imagem do corpo | | |
| b2. FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR | | |
| b250 Função gustativa | | |
| b265 Função tátil | | |

| | | |
|---|---|---|
| b280 Sensação de dor | | |
| b2801 Dor localizada | | |
| b28010 Dor na cabeça ou pescoço | | |
| b28016 Dor nas articulações | | |
| b3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA | Qualificador Afastamento | Qualificador Perícia |
| b320 Funções da articulação | | |
| b4. FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO | | |
| b450 Funções respiratórias adicionais | | |
| b5. FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO | | |
| b510 Funções de ingestão | | |
| b5100 Sugar | | |
| b5101 Morder | | |
| b5102 Mastigar | | |
| b5103 Manipulação dos alimentos na boca | | |
| b5104 Salivação | | |
| b5105 Deglutição | | |
| b510050 Deglutição oral | | |
| b535 Sensações associadas ao sistema digestivo | | |
| b7. FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO | Qualificador Afastamento | Qualificador Perícia |
| FUNÇÕES DAS ARTICULAÇÕES E DOS OSSOS | | |
| b710 Funções relacionadas à mobilidade das articulações | | |
| b7100 Mobilidade de uma única articulação | | |
| b715 Funções relacionadas à estabilidade das articulações | | |
| b7150 Estabilidade de uma única articulação | | |
| FUNÇÕES DOS MOVIMENTOS | | |
| b765 Funções relacionadas aos movimentos involuntários | | |
| b7652 Tiques e Maneirismos | | |
| b780 Sensações relacionadas aos músculos e funções de movimento | | |
| b7800 Sensação de rigidez muscular | | |

***ESTRUTURAS DO CORPO***

| s3. ESTRUTURAS RELACIONADAS À VOZ E À FALA | Primeiro qualificador – extensão da deficiência<br>Perícia |
|---|---|
| s320 Estrutura da boca | |
| s3200 Dentes | |
| s3201 Gengivas | |
| s3202 Estrutura do Palato | |
| s3203 Língua | |
| s3204 Estrutura do Lábio | |
| s32040 Lábio superior | |
| s32041 Lábio Inferior | |
| s7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO | |
| s710 Estrutura da região da cabeça e pescoço | |
| s7101 Ossos da face | |
| s7103 Articulações da região da cabeça e pescoço | |

***ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO***

| d2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS | Qualificador Desempenho Afastamento | Qualificador Desempenho Perícia |
|---|---|---|
| d230 Realizar a rotina diária | | |
| d3. COMUNICAÇÃO | | |
| COMUNICAÇÃO – PRODUÇÃO | | |
| d330 Fala | | |
| d335 Produção de mensagens não verbais | | |
| d3350 Produção de linguagem corporal | | |
| d5. CUIDADO PESSOAL | | |
| d520 Cuidado das partes do corpo | | |
| d5201 Cuidado dos dentes | | |
| d550 Comer | | |
| d560 Beber | | |
| d570 Cuidar da própria saúde | | |
| d5701 Controle da dieta e forma física | | |
| d5702 Manter a própria saúde | | |

| | | |
|---|---|---|
| d7. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS | | |
| INTERAÇÕES INTERPESSOAIS GERAIS | | |
| d710 Interações interpessoais básicas | | |
| d7102 Tolerância nos relacionamentos | | |
| d7105 Contato físico nos relacionamentos | | |
| d720 Interações interpessoais complexas | | |
| d7202 Regulação dos comportamentos nas interações | | |
| d8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA | | |
| TRABALHO E EMPREGO | | |
| d850 Trabalho remunerado | | |
| d870 Autossuficiência econômica | | |
| d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA | | |
| d920 Recreação e Lazer | | |

***FATORES AMBIENTAIS***

| e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA | Qualificador Afastamento | Qualificador Perícia |
|---|---|---|
| e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal | | |
| e1100 Alimentos | | |
| e1101 Medicamentos | | |
| e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária | | |
| e1150 Produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária | | |
| e1151 Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária | | |
| e3. APOIO E RELACIONAMENTOS | | |
| e310 Família imediata | | |
| e315 Família ampliada | | |
| e320 Amigos | | |
| e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade | | |
| e330 Pessoas em posição de autoridade | | |
| e335 Pessoas em posições subordinadas | | |
| e340 Cuidadores e assistentes pessoais | | |
| e345 Estranhos | | |
| e350 Animais domésticos | | |
| e355 Profissionais de Saúde | | |
| e360 Outros Profissionais | | |

| e4. ATITUDES | | |
|---|---|---|
| e410 Atitudes individuais de membros da família imediata | | |
| e415 Atitudes individuais de membros da família ampliada | | |
| e420 Atitudes individuais dos amigos | | |
| e425 Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade | | |
| e430 Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade | | |
| e435 Atitudes individuais de pessoas em posições subordinadas | | |
| e440 Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais | | |
| e445 Atitudes individuais de estranhos | | |
| e450 Atitudes individuais dos profissionais de saúde | | |
| e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde | | |
| e460 Atitudes sociais | | |
| e465 Normas, práticas e ideologias sociais | | |
| e5. SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS | | |
| e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde | | |
| e590 Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego | | |

*Outros:*_____
_____
_____
_____
_____

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**PARECER DE APROVAÇÃO**
**Protocolo 96/11**
**CAAE 0111.0.017.000-11**

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa **"Aplicação da CIF na análise do absenteísmo odontológico em um serviço público federal de São Paulo"**, de responsabilidade da pesquisadora Gisele dos Reis Della Togna, sob orientação do Prof. Dr. 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, 11 de novembro de 2011.

Profa. Dra. Marcia Turolla Wanderley
Coordenadora do CEP-FOUSP

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 - Cidade Universitária "Armando de Salles Oliveira".
São Paulo - SP - CEP 05508-900 –Tel. (0XX11) 3091-7960

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título do Projeto:** Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde-CIF na análise do absenteísmo odontológico

**Nome dos Pesquisadores e Instituições:** Gisele dos Reis Della Togna e Prof. Dr. Edgard Crosato (Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo)

**Local:** XXXXXXXXXXXXXXX

**Participação:** Sua participação é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao seu tratamento ou à aprovação de sua licença saúde.

**Objetivos do estudo:** Estudar a aplicação prática de uma classificação nova da Organização Mundial da Saúde, a CIF, na análise do afastamento do trabalho por motivo odontológico, possibilitando uma melhor compreensão da condição de saúde e considerando sua relação com o bem-estar e a qualidade de vida.

**Procedimentos:** Será realizado exame odontológico e serão feitas perguntas sobre a condição de saúde que causou o afastamento do trabalho. Esses procedimentos serão executados durante as perícias e juntas odontológicas determinadas por normas da instituição.

**Riscos e Desconfortos:** O participante não será submetido a nenhum procedimento invasivo e não existe risco.

**Tempo:** O tempo necessário para a participação será relativo à duração do exame odontológico, da realização das perguntas e obtenção das respostas.

**Benefícios:** A pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado.

**Garantia do sigilo:** As informações fornecidas serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

**Direito de desistir:** O participante tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**Forma de Contato:** Em caso de necessidade, contate a pesquisadora Gisele dos Reis Della Togna pelo telefone XXXXXXX ou por e-mail: XXXXXXX

**Endereço do Comitê de Ética:** Se houver dúvidas sobre as questões éticas da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (Av. Lineu Prestes 2227, CEP 05508-000 São Paulo ou pelo e-mail cepfo@usp.br).

Após ter sido informado e ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pelo pesquisador **concordo** em participar de forma voluntária desta pesquisa.

_____

Local, Data, Identificação, RG e Assinatura

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Gisele dos Reis Della Togna | Prof. Dr. Edgard Crosato |
| Pesquisadora | Orientador |