UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

MARCOS MAURÍCIO CAPELARI

**Estudo de coorte prospectivo das características do absenteísmo
na administração pública: atestação médico-odontológica na saúde
do servidor**

BAURU
2015

MARCOS MAURÍCIO CAPELARI

**Estudo de coorte prospectivo das características do absenteísmo
na administração pública: atestação médico-odontológica na saúde
do servidor**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Arsenio Sales-Peres

Versão corrigida

BAURU
2015

C17e   Capelari, Marcos Maurício
Estudo de coorte prospectivo das características
do absenteísmo na administração pública:
atestação médico-odontológica na saúde do
servidor / Marcos Maurício Capelari. -- Bauru, 2015.
381 p. : il. ; 31cm.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia
de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientador: Prof. Dr. Arsenio Sales Peres

Nota: A versão original desta tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética em Pesquisa da FOB-
USP

Protocolo nº: Parecer 484.549 –

CAAE: 24386713.4.0000.5417

Data: 27/11/2013

DEDICATÓRIA

Dedicatória,

Dedico este trabalho à **minha Família**, pedra fundamental da minha vida, meu porto seguro...

Aos meus amados pais **Nadir de Oliveira Cappellari** e **Maurício Cappellari**, meus primeiros e eternos **MESTRES**, que com muito cuidado, amor e carinho me guiaram desde os meus primeiros passos e fizeram de mim o que sou, me ensinado princípios morais com os quais meu caráter se talhou. **Vocês são e sempre serão a motivação do meu viver!**

À minha amada esposa **Vanessa Interlichia**, amiga, companheira de todas as horas, na alegria e na dor, por todo apoio, sempre incondicional, nas constantes dificuldades da vida. Sua nobreza de espírito e suas virtudes são tantas e tamanhas, que até seus defeitos se convertem em qualidades... **Pelo que passamos e passaremos juntos, AMO MUITO VOCÊ!**

Aos meus filhos amados: Valentina Interlichia Cappellari, Patrícia Franchon Marques Cappellari, Paolla Franchon Marques Cappellari e Pietro Franchon Marques Cappellari, de quem subtrai tempo precioso demais da minha presença nas suas infâncias e vidas, não só agora, mas também no passado... O tempo e as circunstâncias da vida são implacáveis, muitas vezes cruéis... Saibam que, se pudesse, mudaria muita coisa... Perdoem-me, mas fiz o que estava humanamente ao meu alcance, em cada momento... No entanto, tem algo que jamais mudaria: o propósito de querer ser um exemplo no qual se espelhassem, no tocante a honestidade, caráter, perseverança, justiça, fidelidade, trabalho e estudo. Lembrem que o “Sucesso” somente vem antes do “Trabalho” no dicionário... Nada se consegue sem sacrifícios: sem dor, sem ganho. E que o nosso sacrifício, meu e seus, tenha a marca da obstinação, do trabalho e do estudo, exemplo e herança maior, e talvez única, que possa lhes deixar. De todos os meus encontros e desencontros, **VOCÊS QUATRO foram os meus MAIORES ACERTOS... São e sempre serão a RAZÃO MAIOR da minha vida!**

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos,

Agradeço e sempre agradecerei a **DEUS** em primeiro lugar, pela minha Família maravilhosa, pela saúde perfeita e pela oportunidade e possibilidade de trabalho e estudo.

Agradeço a **Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo**, que me acolheu nestes últimos 31 anos da minha vida; esta Casa, mais que uma Instituição de Ensino, tem sido e sempre me será um Lar. E ainda, por mais esta oportunidade da prerrogativa de ostentar e de me valer de mais um Título, o 5º, com a sua mais que respeitada Chancela.

Agradecimento Especial faço ao meu **Orientador Prof. Dr. Arsenio Sales Peres**. Vão é tentar resumi-lo em um parágrafo... Você certamente merecerá muito mais do que eu possa lhe dedicar. Só posso mesmo é SEGUI-LO... Aliás, você tem sido nos últimos anos meu norte, meu referencial, tenha certeza disto... Como diz o poeta, *“somos responsáveis pelo que cativamos”*... Por isso, espero que este momento não seja um ponto final em nossa convivência, e sim, no máximo, uma vírgula... Respirar, retomar a entonação... Que possamos manter acesa a chama da nossa amizade e respeito mútuo, que hoje tenho certeza que guardamos um pelo outro. **Meu AMIGO**, por favor, continue mudando minha vida, pois sei que sempre será para melhor!

Ao meu eterno e grande amigo, parceiro de todas as horas, boas e más, **Prof. Dr. João Lopes Toledo Filho**, o meu muito obrigado por tudo que temos compartilhado, em especial a nossa Amizade. Continuo valorizando as infindáveis lições e ensinamentos da vida que de você assimilei. Deus muitas vezes nos brinda com seres especiais que alguns chamam de “anjos”, na minha vida você tem sido um deles.

Agradeço ao **Prof. Dr. Arnaldo Pinzan** que ao longo destes últimos 30 anos esteve presente nas diversas etapas de minha formação, da graduação e pós-graduação *lato sensu* ao doutorado, contribuindo de forma sem par, não só na finalização deste trabalho, mas também na minha maneira de “*enxergar a Pesquisa*” na sua essência. Não houve como evitar, fiquei seu fã...

Ao meu querido amigo, sei que assim posso lhe considerar, **Prof. Dr. Antonio de Castro Rodrigues**, minha gratidão pela sua amizade e consideração, que com sua competência acadêmica muito contribuiu para excelência deste trabalho. Suas ponderações e bom senso são sempre muito bem vindas, obrigado!

Aos amigos e colegas de equipe **Professores Doutores Clóvis Marzola, Cláudio Maldonado Pastori, Gustavo Lopes Toledo e Daniel Luiz Gaertner Zorzetto**, o meu muito obrigado pelo apoio.

Aos **professores, funcionários e colegas de pós-graduação**, agradeço pela convivência agradável e disponibilidade de todos quando requisitados.

Meu muito obrigado à **Profª. Drª. Silvia Helena de Carvalho Sales Peres** por toda a atenção e dedicação para com todos os seus alunos e orientados, a sua competência e profissionalismo sem sombra de dúvidas faz, e sempre fará, a diferença.

Caro **Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris**, muito obrigado pela sua atenção e disponibilidade sempre presente; no Tratamento Estatístico deste Trabalho certamente encontraremos seu “DNA”...

Ao meu querido mestre de todos os tempos, **Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos**, a você quem me viu nascer na Odontologia, me guiando os passos na graduação e me acolhendo na pós-graduação, e assim se passaram mais de 30 anos..., o meu muito obrigado, seu caráter e exemplo certamente participaram do entalhe do meu...

Às minhas queridas **Sílvia Cristina Tonin Costa e Rosa Maria Fernandes**, agradeço a atenção e carinho dispensados, a mim e a todos os pós-graduandos, sempre de maneira incondicionalmente, a sua amabilidade, competência, eficiência e eficácia, fazem de vocês pessoas especiais.

À minha coorientada de Iniciação Científica, graduanda **Giovana Zanoni Lanfranchi**, o meu obrigado pela paciência e pela dedicação durante a elaboração deste trabalho.

Aos meus grandes amigos e colegas **Fábio Duarte da Costa Aznar, Adriana Rodrigues de Freitas e Francisco Juliherme Pires de Andrade**, o meu muito obrigado pela parceria, companheirismo, convivência e amizade de todos vocês. Vocês foram, e sei que continuarão sendo brilhantes.

Os meus mais sinceros agradecimentos a **Maristela Petenucci Ferrari** que tem sido ao longo de muitos anos, e não só nesta etapa, uma amiga e profissional incomparável, altamente qualificada, competente e precisa nas suas funções e atividades, e de convívio extremamente afável. Você foi imprescindível na realização de mais esta empreitada.

Agradeço imensamente a todos os profissionais da Secretaria da Administração, em especial nas pessoas do Sr. **Edwin Luiz Brondi de Carvalho**, Secretário da Administração do Município de Santa Cruz do Rio Pardo (Gestão 2013 – 2016) e da Chefe do Departamento de Recursos Humanos, Sra. **Maria Aparecida Ferreira de Jesus Elias**, e a todos os demais profissionais deste setor, os quais não poderia deixar de citar, tamanha a solicitude e desprendimento de todos na colaboração desta pesquisa no trabalho de coleta de dados, momento de enorme labor, meus mais sinceros agradecimentos a **Dalva Aparecida Batista, Deolinda Cássia Menoni Ferreira, Suzana Barbosa Moreira da Silva, Bruna Maria Bicudo, Thais Mendes da Silva e Paulo Sérgio Silvério**.

Não poderia deixar de citar nesta oportunidade pessoa de capital importância para que este trabalho pudesse ter sido viabilizado, pois sem a sua autorização e aval, tal empreendimento seria impossível, meus mais sinceros agradecimentos ao **Dr. Otacílio Parras Assis**, Prefeito do Município de Santa Cruz do Rio Pardo (Gestão 2013 – 2016), obrigado pela confiança em mim depositada.

Agradeço a minha amiga **Luizete de Sousa Alexandre Pereira**, Secretária Municipal de Saúde de Santa Cruz do Rio Pardo (Gestão 2009 – 2012) pelo apoio dado durante o período inicial de minha pós-graduação *Strictu sensu*, onde não poupou esforços no intuito de possibilitar a sua viabilização. Obrigado pelo seu apoio e confiança, tanto profissional, como moral, em minha pessoa.

Especial menção faço ao meu amigo de várias décadas, **Dr. Adelino Lorenzetti Neto**, que de forma indireta muito me incentivou na continuidade, e hoje finalização, desta importante empreitada de minha vida. Sem seu apoio moral e confiança em mim depositados, de maneira totalmente incondicional e fraternal, no momento mais difícil de minha existência, talvez não tivesse conseguido ir em frente... Minha ETERNA GRATIDÃO!

Ao meu amigo **Diego Henrique Singolani Costa**, Secretário Municipal de Saúde de Santa Cruz do Rio Pardo (Gestão 2013 – 2016), meu especial agradecimento ao seu apoio durante esta importante fase da minha formação profissional. Você além de extremamente competente no que faz, é de uma humanidade e justiça sem par.

Finalmente, mas não menos importantes, somo aqui todos os esforços e agradeço também aos amigos e colaboradores da Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Saúde II, Centro de Especialidades Odontológicas de Santa Cruz do Rio Pardo e Consultório, que muito me apoiaram nesta fase da minha vida profissional, meu muito obrigado à: **Rosangela Alvin Gonzaga de Oliveira, Thais Lorenzetti Tavares, Shirley Sandra Paulin Biancão, Gionete de Fátima Bermejo Monteiro, Valderez Silvério Fraulin, Marilda da Silva Pinto de Oliveira, Renato Gonçalves, Eliza Lima dos Santos Luchetta, Alessandra de Melo Gomes Madalena, Yara Maria Batola Prado, Maria José Menegazzo, Bruno Consalter, Leandro Fonseca Mendonça e Ludimila Martellozzo Godoy Domingues.**

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

---

*“Ensina-nos a contar os nossos dias, de tal
maneira que alcancemos coração sábio.”*

Salmo 90:12

RESUMO

RESUMO

O absenteísmo médico-odontológico é relatado como sendo responsável pela perda de dias e horas de trabalho, refletindo-se em prejuízos econômicos nos setores público e privado, não obstante a sua essência nos remeta a uma reflexão muito mais profunda, no que diz respeito à Saúde e aos seus agravos, enquanto fatores causais desta condição, muitas vezes impostos ao trabalhador pelo próprio ambiente de trabalho. O presente estudo teve por objetivo avaliar as características e o perfil do Absenteísmo na Administração Pública, o envolvimento e a atestação médico - odontológica relacionados ao afastamento do servidor do seu trabalho, além da relação entre Patologias Médicas e Odontológicas, sob uma óptica baseada em evidências de uma pesquisa pautada na Incidência. Além disto, como objetivo secundário, foi conduzida uma atualização da revista da literatura com fulcro nos aspectos legais, éticos, normativos e científicos, no que tange às atestações de estados de saúde. A partir de um estudo preliminar do tipo exploratório retrospectivo, transversal, descritivo e analítico, realizado anteriormente com o propósito de se estabelecer a relação entre absenteísmo e doenças, tanto de origem médica, como odontológica; traçou-se assim um perfil do Absenteísmo na Administração Pública. Também assim, estabeleceu-se uma estratégia que envolveu uma amostra de 340 prontuários funcionais de servidores públicos municipais de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, Brasil, do universo de 973 servidores ativos, que foi submetida a uma avaliação transversal retrospectiva de 11 anos e 5 meses, no período de 01 de janeiro de 2001 a 31 de maio de 2012, através da análise da História Médico-Odontológica Progressiva colhida dos atestados médicos e odontológicos juntados e justificantes de faltas ou afastamentos, documentos legais estes comprovantes do motivo do absenteísmo. Subsequentemente a este levantamento epidemiológico, com base na Prevalência, deu-se continuidade ao processo através de um estudo de coorte prospectivo de 1 ano e 6 meses, com os mesmos parâmetros e amostra, porém com uma perda de 11,37%, onde foram analisados ao final, 304 prontuários funcionais, no período pré-estabelecido de 01 de junho de 2012 a 30 de novembro de 2013, cujo intuito foi o de se vislumbrar um panorama inequívoco, em que pese a escassez de investigações acerca do tema, mormente com as peculiaridades atribuídas aos estudos de Incidência. Ademais, tal avaliação buscou também uma correlação entre a quantidade de atestações

apresentadas e suas implicações, antes e depois da consolidação plena da implantação e padronização de um sistema de relógio-ponto digital de controle de frequência, por meio de biometria, obrigatória e ativa em todas as Secretarias da administração municipal, neste período de 18 meses proposto na pesquisa, quando comparada ao período anteriormente estudado, de 11 anos e 5 meses, onde outras formas de registro de frequência, tais como relógio-ponto, livro-ponto e folha de frequência, também eram utilizadas. Foram quantificados os afastamentos, dias de trabalho perdidos e afecções mais frequentes, dentre outras características avaliadas. Os dados foram analisados de forma descritiva por meio de frequências absoluta e relativa, e inferencial através de Estatística Analítica pertinente a cada situação, além da utilização de Índices e Razões validadas, tais como Índice de Gravidade, Índice de Frequência, Duração Média das Ausências e Risco Relativo. Os afastamentos médicos somaram 3.523 eventos e os odontológicos 337, com total de 34.685 e 425 dias perdidos de trabalho, respectivamente, no levantamento retrospectivo. Já no prospectivo, foram contabilizados 1.715 afastamentos médicos e 186 odontológicos, com um total de 10.284 e 279 dias perdidos de trabalho, respectivamente. As patologias de origem médica mais prevalentes foram as Doenças do Aparelho Respiratório (CID J11) e as mais incidentes foram os Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde (CID Z76.3); as de origem odontológica mais prevalentes foram os Dentes inclusos (CID K01.0); e a Necrose da polpa (CID K04.1) foram as mais incidentes. Os resultados obtidos e a sua interpretação buscam fornecer subsídios para discussão e conclusões, levantando questões a serem analisadas e posteriormente informadas à Administração municipal, como sugestão para melhoria da qualidade de vida e de Saúde do servidor dentro do ambiente de trabalho, contribuindo para a redução do absenteísmo e o aumento da produtividade, com o consequente acréscimo na qualidade da prestação do serviço público. Contudo, há fortes indícios de um maior agravo à Saúde do servidor no atual cenário avaliado.

Palavras-chave: Absenteísmo. Medicina do Trabalho. Odontologia do Trabalho. Saúde do Trabalhador. Atestado de Saúde. Licença Médica.

ABSTRACT

ABSTRACT

Prospective cohort study of the characteristics of absenteeism public administration: medical-dental certification of the server health

Medical and dental absenteeism is reported to be responsible for the lost of days and hours of work, reflecting in economic losses in the public and private sectors, nevertheless its essence refers us to a much deeper reflection, with regard to Health and their grievances, as causal factors of this condition often imposed by the employee's own work environment. The present study aimed to evaluate the characteristics and profile of Absenteeism in Public Administration, the involvement and the medical - dental attestation related to the staff absence from work, besides the relationship between Medical and Dental Pathologies, under a view based on evidence from a survey based in the Incidence. Furthermore, as a secondary objective, we conducted a literature review of the update with the fulcrum in the legal, ethical, normative and scientific aspects, in relation of health states. From a preliminary study of the retrospective exploratory, cross-sectional, descriptive study was previously conducted with the purpose of establishing the relationship between absenteeism and illnesses, both medical and dental origin; thus drew up a profile of Absenteeism in Public Administration. Thus, it was established a strategy that involved a sample of 340 medical records of functional employees of a city in the state of São Paulo, Brazil, from the universe of 973 active servers, which was subjected to a retrospective cross-sectional assessment of 11 years and 5 months in the period from January 1, 2001 to May 31, 2012, by analyzing the History of Medical and Dental harvested from past medical and dental certificates and documents gathered in proof of absences these ones legal documents showing why the absenteeism. Subsequently to this epidemiological survey, based on the Prevalence, was continued the process through a prospective cohort study of 1 year and 6 months, with the same parameters and sample, but with a loss of 11.37%, which analyzed the end, 304 functional charts, pre-established period of June 1, 2012 to November 30, 2013, whose aim was to discern a clear picture, despite the lack of research on the topic, especially with the peculiarities assigned to the studies of Incidence. Furthermore, this evaluation also sought a correlation between the amount of affidavits presented and its implications, before and after the full

implementation of the consolidation and standardization of a digital clock - point frequency control system, using biometrics, mandatory and active in all the Departments of municipal administration, in this period of 18 months proposed in the research, when compared to the previously studied period of 11 years and five months, where other forms of attendance records, such as watch-point, point-book and leaf frequency, were also used. Avoidances, lost workdays and more frequent disorders were quantified among of other characteristics evaluated. Data were analyzed descriptively using absolute and relative frequencies, and through inferential Analytics Statistics pertinent to each situation, besides the use of Indices and Reasons validated such as Severity Index, Frequency Index, Duration Average Absences and Relative Risk. Medical absence totaled 3523 events and dental 337, with a total of 34685 and 425 lost days of work, respectively, in a retrospective survey. In the prospective, 1715 medical and 186 dental leaves were recorded, with a total of 10284 and 279 lost days of work, respectively. The most prevalent medical origin diseases were the Respiratory Diseases (ICD J11) and the most incidents were the Factors Influencing Health Status and Contact with Health Services (ICD Z76.3); the diseases most prevalent dental origin diseases were the included teeth (ICD K01.0); and more incidents were the necrosis of the pulp (ICD K04.1). The results and their interpretation intend to provide input for the discussion and conclusions, raising issues to be analyzed and subsequently to be reported to the municipal Administration, as a suggestion for improving the quality of life and Health of the server within the work environment, helping to reduce the absenteeism and the increase productivity, with a consequent increase the quality of public service provision. However, there is strong evidence of a greater Health problem of the server in the current scenario evaluated.

Key words: Absenteeism. Occupational Medicine. Occupational Dentistry. Occupational Health. Health Certificate. Sick Leave.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 -	Produções científicas: Níveis de Evidência	50
Figura 2 -	Hierarquia da evidência: investigações com localização superior na hierarquia indicam maior força da evidência.....	51
Figura 3 -	Esquema da hierarquização e subordinação das normas no direito como proposto por Hans Kelsen, representada através de uma pirâmide, tendo a Lei Maior em seu vértice	61

- GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Prevalência e Incidência das faixas etárias na amostra - Grupos	126
Gráfico 2 -	Gênero da amostra: Inicial, da Prevalência e da Incidência.....	131
Gráfico 3 -	Escolaridade das amostras da Prevalência e da Incidência.....	144
Gráfico 4 -	Distribuição da Faixa Salarial nas amostras da Prevalência e da Incidência.....	148
Gráfico 5 -	Incidência e Prevalência da Quantidade de afastamento do trabalho por faltas justificadas (QAFJ), Quantidade de afastamento do trabalho por auxílio-doença (QAAD), Quantidade de afastamento do trabalho por auxílio-acidente / acidente de trabalho (QAAT) e Quantidade total de afastamentos do trabalho (QTA)	153
Gráfico 6 -	Prevalência de Causa(s) do(s) afastamento(s) – Segundo a Origem	155
Gráfico 7 -	Incidência de Causa(s) do(s) afastamento(s) – Segundo a Origem.....	156
Gráfico 8 -	Prevalência das categorias da CID-10.....	158
Gráfico 9 -	Incidência das categorias da CID-10	159
Gráfico 10 -	Incidência e Prevalência das categorias da CID-10 identificadas e válidas.....	160
Gráfico 11 -	Prevalência e Incidência das patologias por categorias de três caracteres da CID-10 nos indivíduos da amostra	213
Gráfico 12 -	Prevalência das categorias e subcategorias da CID-10 das causas dos afastamentos odontológicos – CIDs isoladamente mais frequentes	217
Gráfico 13 -	Incidência das categorias e subcategorias da CID-10 das causas dos afastamentos odontológicos – CIDs isoladamente mais frequentes	219
Gráfico 14 -	Incidência e Prevalência das categorias da CID-10 das causas determinadas dos afastamentos odontológicos	221
Gráfico 15 -	Incidência e Prevalência da frequência de afastamentos em dias	225
Gráfico 16 -	Incidência do Número de Afastamentos Médicos (NAM) e do Número de Afastamentos Odontológicos (NAO)	227
Gráfico 17 -	Prevalência do Número de Afastamentos Médicos (NAM) e do Número de Afastamentos Odontológicos (NAO)	228
Gráfico 18 -	Incidência do Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada (NAMFJ), Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença (NAMAD), Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho (NAMAT) e Número de Afastamentos Odontológicos (NAO)	231

Gráfico 19 -	Prevalência do Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada (NAMFJ), Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença (NAMAD), Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho (NAMAT) e Número de Afastamentos Odontológicos (NAO)	232
Gráfico 20 -	Incidência e Prevalência dos Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Falta Justificada (DPAMFJ), Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença (DPAMAD), Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho (DPAMAT), Dias Perdidos por Afastamentos Odontológicos (DPAO) e Total de Dias Perdidos (Total DP)	233

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Lista tabular de inclusões e subcategorias de quatro caracteres	83
Tabela 2 -	Média da idade da amostra inicial.....	126
Tabela 3 -	Prevalência e Incidência das faixas etárias na amostra - Grupos.....	126
Tabela 4 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por faixas etárias para Quantidade Total de Afastamentos.....	127
Tabela 5 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por faixas etárias para Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada.....	127
Tabela 6 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por faixas etárias para Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada	128
Tabela 7 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por faixas etárias para Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença	128
Tabela 8 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por faixas etárias para Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho	128
Tabela 9 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por faixas etárias para Frequência de Afastamentos em Dias	129
Tabela 10 -	Correlação de Spearman com a Faixa Etária como variável dependente para Prevalência e Incidência	130
Tabela 11 -	Gênero da amostra: Inicial, da Prevalência e da Incidência.....	130
Tabela 12 -	Prevalência e Incidência por Gênero de: NAMAD, NAMAT, QTA, FA_DIAS, NAOFJ e NAMFJ	131
Tabela 13 -	Teste de Mann-Whitney / Wilcoxon com o Gênero como variável dependente para Prevalência.....	132
Tabela 14 -	Teste de Mann-Whitney / Wilcoxon com o Gênero como variável dependente para Incidência	132
Tabela 15 -	Distribuição dos Cargos em números absolutos e relativos na mostra da Prevalência e da Incidência	133
Tabela 16 -	Prevalência por Cargo de: QTA, NAOFJ, NAMJF, NAMAD, NAMAT e FA_DIAS	135
Tabela 17 -	Incidência por Cargo de: QTA, NAOFJ, NAMJF, NAMAD, NAMAT e FA_DIAS.....	137
Tabela 18 -	Correlação de Spearman com o Tempo de Serviço do Servidor como variável dependente para a Prevalência e a Incidência	139
Tabela 19 -	Distribuição em números absolutos e relativos segundo as Secretarias na mostra da Prevalência e da Incidência	140
Tabela 20 -	Prevalência por Secretarias de: QTA, NAOFJ, NAMJF, NAMAD, NAMAT e FA_DIAS	142
Tabela 21 -	Incidência por Secretarias de: QTA, NAOFJ, NAMJF, NAMAD, NAMAT e FA_DIAS....	143
Tabela 22 -	Nível de Escolaridade analisado nas amostras da Prevalência e da Incidência.....	144
Tabela 23 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Escolaridade para Quantidade Total de Afastamentos.....	145
Tabela 24 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Escolaridade para Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada.....	145
Tabela 25 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Escolaridade para Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada	145
Tabela 26 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Escolaridade para Número de Afastamentos Médicos por Auxílio - Doença	146
Tabela 27 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Escolaridade para Número de Afastamentos Médicos por Acidente de trabalho	146
Tabela 28 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Escolaridade para Frequência de Afastamentos em Dias	146

Tabela 29 -	Correlação de Spearman com a Escolaridade como variável dependente para Prevalência e Incidência	147
Tabela 30 -	Distribuição absoluta e relativa nas amostras em relação a Faixa Salarial para os levantamentos da Prevalência e da Incidência.....	148
Tabela 31 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Faixa Salarial para Quantidade Total de Afastamentos.....	149
Tabela 32 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Faixa Salarial para Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada.....	149
Tabela 33 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Faixa Salarial para Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada	149
Tabela 34 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Faixa Salarial para Número de Afastamentos Médicos por Auxílio - Doença	150
Tabela 35 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Faixa Salarial para Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho	150
Tabela 36 -	Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Faixa Salarial para Frequência de Afastamentos em Dias	150
Tabela 37 -	Correlação de Spearman com a Faixa Salarial como variável dependente para Prevalência e Incidência	151
Tabela 38 -	Prevalência e Incidência de Causa(s) do(s) afastamento(s) – Segundo a Origem.....	155
Tabela 39 -	Prevalência e Incidência das Categorias de três caracteres da CID-10 encontradas	157
Tabela 40 -	Prevalência e Incidência de Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99) nos indivíduos da mostra.....	161
Tabela 41 -	Prevalência de Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99)	161
Tabela 42 -	Incidência de Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99)	163
Tabela 43 -	Prevalência e Incidência de Neoplasias (Tumores) – (C00-D48) nos indivíduos da mostra	163
Tabela 44 -	Prevalência de Neoplasias (Tumores) – (C00-D48)	164
Tabela 45 -	Incidência de Neoplasias (Tumores) – (C00-D48).....	164
Tabela 46 -	Prevalência e Incidência de Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários – (D50-D89) nos indivíduos da mostra	165
Tabela 47 -	Prevalência de Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários – (D50-D89).....	166
Tabela 48 -	Incidência de Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários – (D50-D89).....	166
Tabela 49 -	Prevalência e Incidência de Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas – (E00-E90) nos indivíduos da mostra	167
Tabela 50 -	Prevalência de Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas – (E00-E90)	167
Tabela 51 -	Incidência de Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas – (E00-E90)	168
Tabela 52 -	Prevalência e Incidência de Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99) nos indivíduos da mostra	168
Tabela 53 -	Prevalência de Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99).....	169
Tabela 54 -	Incidência de Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99)	170
Tabela 55 -	Prevalência e Incidência de Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99) nos indivíduos da mostra	171
Tabela 56 -	Prevalência de Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99)	171
Tabela 57 -	Incidência de Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99).....	172
Tabela 58 -	Prevalência e Incidência de Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59) nos indivíduos da mostra	173
Tabela 59 -	Prevalência de Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59).....	173
Tabela 60 -	Incidência de Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59)	174
Tabela 61 -	Prevalência e Incidência de Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95) nos indivíduos da mostra	175
Tabela 62 -	Prevalência de Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95)	175

Tabela 63 -	Incidência de Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95).....	176
Tabela 64 -	Prevalência e Incidência de Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99) nos indivíduos da mostra	177
Tabela 65 -	Prevalência de Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99).....	177
Tabela 66 -	Incidência de Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99)	178
Tabela 67 -	Prevalência e Incidência de Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99) nos indivíduos da mostra	179
Tabela 68 -	Prevalência de Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99)	180
Tabela 69 -	Incidência de Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99).....	182
Tabela 70 -	Prevalência e Incidência de Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93) nos indivíduos da mostra	183
Tabela 71 -	Prevalência de Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93)	184
Tabela 72 -	Incidência de Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93).....	185
Tabela 73 -	Prevalência e Incidência de Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo – (L00-L99) nos indivíduos da mostra	186
Tabela 74 -	Prevalência de Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo – (L00-L99)	186
Tabela 75 -	Incidência de Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo – (L00-L99).....	187
Tabela 76 -	Prevalência e Incidência de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99) nos indivíduos da mostra	188
Tabela 77 -	Prevalência de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99)	188
Tabela 78 -	Incidência de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99)	190
Tabela 79 -	Prevalência e Incidência de Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99) nos indivíduos da mostra	192
Tabela 80 -	Prevalência de Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)	192
Tabela 81 -	Incidência de Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99).....	194
Tabela 82 -	Prevalência e Incidência de Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99) nos indivíduos da mostra	196
Tabela 83 -	Prevalência de Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99)	196
Tabela 84 -	Incidência de Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99).....	197
Tabela 85 -	Prevalência e Incidência de Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal – (P00-P96) nos indivíduos da mostra	198
Tabela 86 -	Prevalência e Incidência de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas – (Q00-Q99) nos indivíduos da mostra	198
Tabela 87 -	Prevalência de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas – (Q00-Q99)	199
Tabela 88 -	Incidência de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas – (Q00-Q99)	199
Tabela 89 -	Prevalência e Incidência de Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99) nos indivíduos da mostra	200
Tabela 90 -	Prevalência de Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99)	200
Tabela 91 -	Incidência de Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99)	201
Tabela 92 -	Prevalência e Incidência de Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98) nos indivíduos da mostra	202
Tabela 93 -	Prevalência de Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98).....	202
Tabela 94 -	Incidência de Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98).....	204

Tabela 95 -	Prevalência e Incidência de Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98) nos indivíduos da mostra	204
Tabela 96 -	Prevalência de Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98)	205
Tabela 97 -	Incidência de Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98)	205
Tabela 98 -	Prevalência e Incidência de Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99) nos indivíduos da mostra	206
Tabela 99 -	Prevalência de Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99)	206
Tabela 100 -	Incidência de Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99)	208
Tabela 101 -	Prevalência e Incidência de Causa não determinada – Sem CID nos indivíduos da mostra	209
Tabela 102 -	Prevalência de CID Inexistente	210
Tabela 103 -	Incidência de CID Inexistente	211
Tabela 104 -	Prevalência e Incidência das patologias por categorias de três caracteres da CID-10 nos indivíduos da amostra	212
Tabela 105 -	Risco Relativo nosológico das categorias de três caracteres da CID-10 para causa por afastamento médico, segundo a Prevalência e a Incidência	214
Tabela 106 -	Prevalência de causa por afastamento odontológico	215
Tabela 107 -	Incidência de causa por afastamento odontológico	218
Tabela 108 -	Prevalência e Incidência das categorias de três caracteres da CID-10 para causa por afastamento odontológico	220
Tabela 109 -	Risco Relativo nosológico das categorias de três caracteres da CID-10 para causa por afastamento odontológico, segundo a Prevalência e a Incidência	222
Tabela 110 -	Prevalência e Incidência de Causa de afastamento por Acompanhamento Familiar .	223
Tabela 111 -	Prevalência e Incidência das Afecções de origem médica mais frequentes	234
Tabela 112 -	Prevalência e Incidência de Afecções de origem odontológica mais frequentes	236
Tabela 113 -	Risco Relativo para o Absenteísmo, segundo a Prevalência e a Incidência	237
Tabela 114 -	Estatística descritiva da Prevalência e da Incidência para o Teste de Wilcoxon e a Correlação de Spearman	238
Tabela 115 -	Correlação de Spearman e Teste de Wilcoxon comparando resultados da Prevalência e da Incidência	239
Tabela 116 -	Estatística descritiva das médias anuais da Prevalência e da Incidência para o Teste de Wilcoxon e a Correlação de Spearman	240
Tabela 117 -	Correlação de Spearman e Teste de Wilcoxon comparando resultados das médias anuais da Prevalência e da Incidência	241
Tabela 118 -	Incremento da Incidência das Categorias de três caracteres da CID-10 válidas encontradas	285
Tabela 119 -	Incremento da Incidência das patologias por categorias de três caracteres da CID-10 nos indivíduos da amostra	286
Tabela 120 -	Incremento da Incidência das Categorias de três caracteres da CID-10 encontradas nos totais gerais (sem exclusão das atestações sem CID)	288
Tabela 121 -	Incremento da Incidência das CIDs Válidas das categorias de três caracteres da CID-10 para causa por afastamento odontológico	298

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
Art.	Artigo
ASB	Auxiliares de Saúde Bucal
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
CID-OE	Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS/MS	Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde
CP	Código penal
CREMEC	Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DMA	Duração Média das Ausências
DP	Desvio Padrão
DPAMAD	Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença
DPAMAT	Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho
DPAMFJ	Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Falta Justificada
DPAOFJ	Dias Perdidos por Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada
DPME	Departamento de Perícias Médicas do Estado
EUA	Estados Unidos da América
FA_Dias	Frequência de Afastamentos em Dias
GM/MS	Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
GSSM	Gerência de Saúde do Servidor Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IF	Índice de Frequência
IFM	Índice de Frequência Média
IG	Índice de Gravidade
IGM	Índice de Gravidade Média
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social

IODD	Impacto Oral no Desempenho Diário
KS	Kolmogorov-Smirnov
LER/DORT	Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
LM	Licença Médica
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
MP	Medida Provisória
NAMAD	Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença
NAMAT	Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho
NAMFJ	Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada
NAOFJ	Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada
NHS	National Health Survey
NSSM	Núcleo de Saúde do Servidor Municipal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i> (Razão de chances ou possibilidades)
PMC	Prefeitura Municipal de Curitiba
PSA	Pronto-Socorro de Adultos
PTA	Período Total de Afastamentos em Dias
QAAD	Quantidade de Afastamentos por Auxílio-Doença
QAAT	Quantidade de Afastamentos por Acidente de Trabalho
QAFJ	Quantidade de Afastamentos por Falta Justificada
QTA	Quantidade Total de Afastamentos
RH	Recursos Humanos
RP	Razão de Prevalência
RR	Risco Relativo
SEA	Secretaria de Estado da Administração
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESMT	Serviço de Engenharia de Segurança e de Medicina do Trabalho
SPSS	<i>Software</i> aplicativo (programa de computador)
SUS	Sistema Único de Saúde
TMs	Transtornos Mentais
TRT	Tribunal Regional do Trabalho
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UCRH	Unidade Central de Recursos Humanos
UNIMED	Cooperativa de Trabalho Médico Ltda
χ^2	Qui-quadrado

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	35
2	REVISTA DA LITERATURA	43
2.1	ESTUDOS DE COORTE PROSPECTIVOS PARA A ANÁLISE DE INCIDÊNCIAS: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO	45
2.1.1	Os níveis de evidência e a hierarquização dos estudos no contexto atual das Ciências Baseadas em Evidências	49
2.2	ABSENTEÍSMO	52
2.3	ABSENTEÍSMO TIPO I E II	52
2.4	ABSENTEÍSMO TIPO I: CLASSES	53
2.5	ABSENTEÍSMO TIPO II: PRESENTEÍSMO	54
2.6	ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO TIPO I E II	54
2.7	ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO: PREVALÊNCIA	55
2.8	ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO: INCIDÊNCIA	56
2.9	ABSENTEÍSMO: IMPACTO SOCIAL	57
2.10	ABSENTEÍSMO: IMPACTO DA DOR OROFACIAL	58
2.11	ASPECTOS LEGAIS, ÉTICOS, NORMATIVOS E CIENTÍFICOS DA ATESTAÇÃO MÉDICA E ODONTOLÓGICA	60
2.12	ATESTAÇÃO MÉDICA	61
2.13	ATESTAÇÃO ODONTOLÓGICA	62
2.14	FALTAS JUSTIFICADAS OU ABONADAS	63
2.15	ATESTADO DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO	66
2.16	AUXÍLIO-DOENÇA	69
2.17	AUXÍLIO-ACIDENTE	70
2.18	ACIDENTE DE TRABALHO	70
2.19	DOS ATESTADOS	71
2.20	CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID)	81
2.21	ABSENTEÍSMO: A ATESTAÇÃO E A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID)	83
2.21.1	Absenteísmo Odontológico e a CID	83
2.21.2	Absenteísmo Médico e a CID	86
2.21.3	Absenteísmo Odontológico e Médico, e a CID	97
3	PROPOSIÇÃO	103
3.1	OBJETIVO GERAL	105
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	105
4	MATERIAL E MÉTODOS	107
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	109
4.2	COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA	109
4.3	DELINEAMENTO DO ESTUDO	110
4.4	DADOS PESSOAIS	111
4.4.1	Prontuário	111
4.4.2	Nome	111
4.4.3	Data de Nascimento	111
4.4.4	Idade	112

4.4.5	Gênero.....	112
4.4.6	Cargo.....	112
4.4.7	Servidor desde (tempo de serviço do servidor)	114
4.4.8	Secretaria que presta serviço.....	114
4.4.9	Escolaridade.....	115
4.4.10	Faixa salarial	115
4.5	QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS.....	115
4.6	CAUSA(S) DO(S) AFASTAMENTO(S).....	115
4.6.1	Origem.....	116
4.6.2	Etiologia.....	116
4.6.2.1	<i>Causa por afastamento Médico.....</i>	116
4.6.3	Causa por afastamento odontológico	117
4.6.4	Causa de afastamento por Acompanhamento Familiar	117
4.7	PERÍODO TOTAL DE AFASTAMENTO EM DIAS.....	118
4.8	FREQUÊNCIA DOS AFASTAMENTOS EM DIAS	118
4.9	NÚMERO DE AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS	118
4.9.1	Dias perdidos por afastamentos Odontológicos.....	118
4.10	NÚMERO DE AFASTAMENTOS MÉDICOS.....	119
4.10.1	Número de afastamentos Médicos por faltas justificadas	119
4.10.1.1	<i>Dias perdidos por afastamentos Médicos por faltas justificadas.....</i>	119
4.10.2	Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Doença	119
4.10.2.1	<i>Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio-Doença.....</i>	119
4.10.3	Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho	119
4.10.3.1	<i>Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho.....</i>	120
4.11	AFECÇÕES DE ORIGEM MÉDICA MAIS FREQUENTES.....	120
4.11.1	CID-10 - Médico	120
4.12	AFECÇÕES DE ORIGEM ODONTOLÓGICA MAIS FREQUENTES	120
4.12.1	CID-10 - Odontológico	120
4.13	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	121
5	RESULTADOS	123
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	125
5.2	FAIXA ETÁRIA.....	125
5.3	GÊNERO.....	130
5.4	CARGO	132
5.5	TEMPO DE SERVIÇO	139
5.6	SECRETARIA VINCULADA	139
5.7	ESCOLARIDADE	144
5.8	FAIXA SALARIAL	147
5.9	QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS.....	151
5.9.1	Quantidade de afastamentos do trabalho por faltas justificadas ou abonadas	152
5.9.2	Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Doença.....	152
5.9.3	Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho.....	152
5.9.4	Quantidade total de afastamentos do trabalho – Soma total de todos os eventos.....	152
5.10	CAUSA(S) DO(S) AFASTAMENTO(S).....	154
5.10.1	Origem Médica	154
5.10.2	Origem Odontológica	154
5.10.3	Origem Médica e Odontológica	154
5.11	ETIOLOGIA - CAUSA POR AFASTAMENTO MÉDICO	156
5.11.1	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99).....	161
5.11.2	Neoplasias (Tumores) – (C00-D48)	163

5.11.3	Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários – (D50-D89)	165
5.11.4	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas – (E00-E90)	166
5.11.5	Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99)	168
5.11.6	Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99)	171
5.11.7	Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59)	172
5.11.8	Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95)	175
5.11.9	Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99)	176
5.11.10	Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99)	179
5.11.11	Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93)	183
5.11.12	Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo – (L00-L99)	185
5.11.13	Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99)	187
5.11.14	Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)	192
5.11.15	Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99)	196
5.11.16	Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal – (P00-P96)	197
5.11.17	Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas – (Q00-Q99)	198
5.11.18	Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99)	199
5.11.19	Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98)	202
5.11.20	Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98)	204
5.11.21	Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99)	205
5.11.22	Causa não determinada – Sem CID	209
5.11.23	CID Inexistente	209
5.11.24	Sumário da Prevalência e Incidência das patologias por categorias de três caracteres da CID-10 nos indivíduos da amostra	211
5.12	CAUSA POR AFASTAMENTO ODONTOLÓGICO	214
5.13	CAUSA DE AFASTAMENTO POR ACOMPANHAMENTO FAMILIAR	222
5.14	PERÍODO TOTAL DE AFASTAMENTO EM DIAS	223
5.15	FREQUÊNCIA DOS AFASTAMENTOS EM DIAS	224
5.16	NÚMERO DE AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS	225
5.17	DIAS PERDIDOS POR AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS	226
5.18	NÚMERO DE AFASTAMENTOS MÉDICOS	226
5.18.1	Número de afastamentos Médicos por faltas justificadas	228
5.18.2	Dias perdidos por afastamentos Médicos por faltas justificadas	229
5.18.3	Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Doença	229
5.18.4	Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio-Doença	229
5.18.5	Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho	230
5.18.6	Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio- Acidente / Acidente de Trabalho	230
5.19	AFECÇÕES DE ORIGEM MÉDICA MAIS FREQUENTES	234
5.20	CID-10 - MÉDICO	234
5.21	AFECÇÕES DE ORIGEM ODONTOLÓGICA MAIS FREQUENTES	235
5.22	CID-10 - ODONTOLÓGICO	236
5.23	COMPARAÇÃO E CORRELAÇÃO ENTRE RESULTADOS DOS ESTUDOS PROSPECTIVO E RETROSPECTIVO	237
6	DISCUSSÃO	243
6.1	FAIXA ETÁRIA	245
6.2	GÊNERO	249
6.3	CARGO	252

6.4	TEMPO DE SERVIÇO	256
6.5	SECRETARIA	258
6.6	ESCOLARIDADE	260
6.7	FAIXA SALARIAL	262
6.8	QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS.....	264
6.8.1	Quantidade de afastamentos do trabalho por faltas justificadas ou abonadas	264
6.8.2	Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Doença.....	266
6.8.3	Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho.....	267
6.8.4	Quantidade total de afastamentos do trabalho – Soma total de todos os eventos.....	268
6.9	CAUSA(S) DO(S) AFASTAMENTO(S) -	279
6.9.1	Quanto a Origem Médica, Odontológica e, Médica e Odontológica	279
6.10	ETIOLOGIA - CAUSA POR AFASTAMENTO MÉDICO	280
6.11	CAUSA POR AFASTAMENTO ODONTOLÓGICO.....	294
6.12	CAUSA DE AFASTAMENTO POR ACOMPANHAMENTO FAMILIAR.....	307
6.13	PERÍODO TOTAL DE AFASTAMENTO EM DIAS.....	310
6.14	FREQUÊNCIA DOS AFASTAMENTOS EM DIAS	314
6.15	NÚMERO DE AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS	315
6.16	DIAS PERDIDOS POR AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS	319
6.17	NÚMERO DE AFASTAMENTOS MÉDICOS.....	322
6.17.1	Número de afastamentos Médicos por faltas justificadas	328
6.17.2	Dias perdidos por afastamentos Médicos por faltas justificadas	329
6.17.3	Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Doença	331
6.17.4	Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio-Doença	332
6.17.5	Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho	334
6.17.6	Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio- Acidente / Acidente de Trabalho.....	335
6.18	AFECÇÕES DE ORIGEM MÉDICA MAIS FREQUENTES.....	337
6.19	CID-10 – MÉDICO	338
6.20	AFECÇÕES DE ORIGEM ODONTOLÓGICA MAIS FREQUENTES	341
6.21	CID-10 - ODONTOLÓGICO.....	342
6.22	COMPARAÇÃO E CORRELAÇÃO ANALÍTICA ENTRE OS RESULTADOS DOS ESTUDOS PROSPECTIVO E RETROSPECTIVO PARA VARIÁVEIS QUANTITATIVAS	344
7	CONCLUSÕES.....	349
	REFERÊNCIAS.....	355
	APÊNDICE	369
	ANEXOS	373

1 INTRODUÇÃO

---

1 INTRODUÇÃO

A relação entre o trabalho e as condições de Saúde ou Doença do ser humano vem sendo estabelecida desde a Antiguidade, com registros em papiros egípcios; entretanto, tal fato não obteve atenção suficiente da Sociedade e a devida conscientização das suas consequências. Esta constatação evidenciou-se com a Revolução Industrial (TELES et al., 2006).

Pela primeira vez, historicamente, mostrando as relações entre trabalho e adoecimento, o médico italiano Bernardino Ramazzini, em 1700, fez esta associação e apontou também que a saúde de um indivíduo está diretamente ligada à saúde de uma população, permitindo assim os primeiros passos da Saúde Pública. Ramazzini foi então considerado o “Pai da Medicina do Trabalho” (QUELUZ, 2009).

Porém, foi com a Revolução Industrial que surgiu a Saúde Ocupacional, de acordo com Nogueira (1984), que tem como objetivos a manutenção do bem estar físico, mental e social dos trabalhadores, prevenindo danos causados pela função exercida, prevenindo riscos, ou seja, adaptando o homem ao trabalho e o trabalho ao homem, estando assim, diretamente relacionada ao bem estar, produtividade e qualidade de vida do trabalhador.

A Economia mundial está atualmente ambientada em um contexto extremamente competitivo e produtivo, no qual o uso da informação e a flexibilização dos processos de trabalho são pontos chaves para o empreendedorismo e lucratividade diante do fenômeno da globalização (SALES PERES et al., 2004).

Para Carvalho et al. (2009), este novo paradigma mundial trouxe consigo uma reestruturação na relação entre trabalho e atenção dada à saúde dos trabalhadores. Para as empresas sobreviverem, quanto maior a produção, maiores serão os lucros; portanto, é compreensível a preocupação com a saúde geral de seus trabalhadores, uma vez que estes só atingirão o máximo de sua capacidade produtiva quando suas necessidades básicas de atenção à saúde forem atendidas. Passam-se assim os trabalhadores a ser, para as empresas, um de seus principais patrimônios e, portanto, cuidar para que tenham boa qualidade de vida no ambiente de trabalho é sempre bem visto, tanto pelos funcionários, como pela própria Sociedade.

Ademais, as ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde dos trabalhadores são garantidas pela Constituição Federal ,através da Lei Orgânica da Saúde, desde 1990 (LEI Nº 8.080) por meio da qual a Saúde passou a ser um direito fundamental do Ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990). Para tanto, o foco de atenção em saúde bucal do trabalhador deve ser direcionado da cavidade bucal para o indivíduo como um todo e para ações que visem o coletivo.

Em 2004, de uma forma incisiva e pragmática, Mazilli citou que o conhecimento da extensão das doenças, seja sua prevalência ou incidência, em uma população, constitui imprescindível instrumento contributivo para a sua prevenção, mas não necessariamente reflete os problemas que os indivíduos têm como resultado de sua condição de Saúde. Tanto na Odontologia, como na Medicina, há o reconhecimento de que a simples mensuração da morbidade tem permitido discreto conhecimento do seu impacto na qualidade de vida e no bem-estar das populações.

Embora haja muitos estudos que avaliem estas relações associadas às condições adversas de saúde e doença e, às faltas e perda de dias de trabalho, ou seja, o absenteísmo doença, a maioria é de relato de caso, estudos transversais, ou estudos restritos a pequenos ou únicos grupos de população, e a falta de medidas padronizadas torna difícil a comparação entre estudos. Assim, são necessários mais estudos longitudinais para entender melhor a natureza destas relações (HOLLISTER; WEINTRAUB, 1993). Isto porque os estudos de coorte, ou longitudinais, são excelentes formas de avaliar associação de fatores e são os mais relevantes dos estudos observacionais frequentemente realizados (ARAGÃO, 2011).

O absenteísmo-doença traz, tanto nos países em desenvolvimento, como nos considerados altamente industrializados, além de um aumento direto dos custos pela concessão de auxílio-doença e um aumento indireto nos custos pela diminuição da produtividade e da eficiência, um maior desperdício e aumento dos problemas administrativos com sucessivas substituições dos faltosos (DIACOV; LIMA, 1988).

O absenteísmo é um fenômeno complexo e de etiologia multifatorial, incluindo fatores psicossociais, econômicos e referentes ao ambiente de trabalho, de forma que pode fornecer informações importantes sobre o estado de saúde da população. No entanto, a prevalência de absenteísmo e as suas principais causas

ainda permanecem pobremente documentadas, principalmente nos países em desenvolvimento, dificultando a elaboração de programas de prevenção e reabilitação voltados para essa população (ANDRADE et al., 2008).

Pesquisas têm demonstrado como as causas mais comuns do absenteísmo: acidentes de trabalho, problemas osteomusculares, ginecológicos, respiratórios, gastrointestinais, dermatológicos, oftalmológicos, obstétricos, odontológicos, alcoolismo, fumo, sedentarismo e outros. Dentro desse universo de enfermidades, que podem afetar o desempenho dos trabalhadores, os problemas odontológicos também vêm sendo identificados como um desses fatores. No entanto, os estudos nesta área são poucos e os resultados são controversos quanto à magnitude dos problemas odontológicos na composição desses eventos (COELHO et al., 2010).

Assim, a interpretação e a valorização da informação epidemiológica na definição das políticas públicas da saúde reflete-se na qualidade dos sistemas de informação, tornando-os instrumentos importantes no planejamento e na tomada de decisões, portanto, sendo o registro completo de saúde, essencial para o acompanhamento adequado do trabalhador (TOGNA et al., 2011).

Com a evolução do conceito de Medicina do Trabalho para o “*pensar*” em Saúde do Trabalhador, fez-se necessária a observação de eventos no ambiente laboral, a fim de traçar diagnósticos e garantir intervenções de promoção da saúde. Diante desse cenário, observar o evento doença quando implica na ausência ao trabalho, torna-se relevante, principalmente para a perspectiva administrativa (OENNING et al., 2012).

Ademais, as novas tecnologias e as demandas da sociedade capitalista carrearam alterações organizacionais e do processo de trabalho industrial brasileiro. Com isto, a busca pela produção em grande escala intensificou o trabalho operacional, aumentando o grau de exploração da força de trabalho, além de acrescentar o número de horas trabalhadas por dia. Tais mudanças podem ocasionar maior incidência de doenças relacionadas ao trabalho e outras doenças provenientes da baixa qualidade de vida, culminando em um crescente absenteísmo. A temática em questão tem exigido olhares atentos das organizações e de seus administradores, uma vez que é uma problemática complexa, multifatorial e, conseqüentemente, difícil de ser gerenciada. Diante desse contexto, a análise do absenteísmo tanto pode fornecer informações a respeito do estado de saúde de determinado grupo de trabalhadores, como também pode indicar condições de

trabalho inadequadas que necessitem ser ajustadas para melhorar as condições laborais dos indivíduos (HEY et al., 2013).

Fato posto, pela escassez de publicações acerca de temas voltados à Saúde Ocupacional, com foco no Absenteísmo, justifica-se esta pesquisa, a partir de um estudo preliminar do tipo exploratório retrospectivo, transversal, descritivo e analítico, realizado anteriormente com o propósito de se estabelecer a relação entre absenteísmo e doenças, tanto de origem médica, como odontológica, no qual traçou-se um perfil do Absenteísmo na Administração Pública. Assim, a estratégia envolveu uma amostra de 340 prontuários funcionais de servidores públicos municipais de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, Brasil, do universo de 973 servidores ativos, que foi submetida a uma avaliação transversal retrospectiva de 11 anos e 5 meses, no período de 01 de janeiro de 2001 a 31 de maio de 2012, através da análise da História Médico-Odontológica Pregressa colhida dos atestados médicos e odontológicos juntados e justificantes de faltas ou afastamentos, documentos legais estes, comprovantes do motivo do absenteísmo. A partir deste levantamento epidemiológico, com base na Prevalência, deu-se continuidade através de um estudo de coorte prospectivo de 1 ano e 6 meses, com os mesmos parâmetros e amostra, porém com uma perda de 11,37%, onde foram analisados ao final, 304 prontuários funcionais, no período pré-estabelecido de 01 de junho de 2012 a 30 de novembro de 2013, cujo intuito foi o de se vislumbrar um panorama inequívoco, em que pese a dita escassez de investigações acerca do tema, mormente com as peculiaridades atribuídas aos estudos de Incidência. Ademais, tal avaliação buscou também uma correlação entre a quantidade de atestações apresentadas antes e depois da consolidação plena da implantação e padronização de um sistema de relógio ponto digital de controle de frequência por biometria, iniciada em 2009, obrigatória e ativa em todas as secretarias da administração municipal neste período de 18 meses proposto na pesquisa, quando comparada ao período anteriormente estudado, de 11 anos e 5 meses, onde outras formas de registro de frequência, tais como relógio-ponto, livro-ponto, folha de ponto, atestado de frequência, ou mesmo a ausência deste controle, também eram utilizadas. Os dados coletados foram submetidos a tratamento estatístico pertinente buscando fornecer subsídios para discussão e conclusão do trabalho, levantando questões a serem analisadas e posteriormente informadas à administração municipal, como sugestão para melhoria da qualidade de vida e saúde do servidor dentro do

ambiente de trabalho, contribuindo para a redução do absenteísmo e aumento da produtividade, e consequente acréscimo na qualidade da prestação do serviço público.

Assim sendo, o presente estudo teve por objetivo avaliar as características e o perfil do Absenteísmo na Administração Pública, o envolvimento e a atestação médico - odontológica relacionados ao afastamento do servidor do seu trabalho e, a relação entre Patologias Médicas e Odontológicas, e o Absenteísmo, sob uma óptica baseada em evidências de uma pesquisa pautada na Incidência. Além disto, como objetivo secundário, foi conduzida uma atualização da revista da literatura com fulcro nos aspectos legais, éticos, normativos e científicos, no que tange às atestações de estados de saúde.

2 REVISTA DA LITERATURA

---

2 REVISTA DA LITERATURA

2.1 ESTUDOS DE COORTE PROSPECTIVOS PARA A ANÁLISE DE INCIDÊNCIAS: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO

Para um perfeito entendimento do presente estudo, voltado à análise da Incidência, tendo como ponto de partida um levantamento epidemiológico anterior, onde a Prevalência foi o alvo, alguns conceitos básicos de estudos longitudinais ou de coorte prospectivos devem ser pontuados e contextualizados.

Qual a diferença entre prevalência e incidência de doença? Ambas são medidas de frequência de ocorrência de doença ou condições relacionadas à saúde. A **prevalência** mede quantas pessoas **estão doentes**, já a **incidência** mede quantas pessoas **tornaram-se doentes**. Ambos os conceitos envolvem espaço e tempo – quem **está** ou **ficou** doente num determinado lugar numa dada época (PEREIRA et al., 2000).

A Epidemiologia é definida como o *estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações especificadas*. Mais recentemente, foi incorporada à definição de Epidemiologia a “*aplicação desses estudos para controlar problemas de saúde*”. **Estudo** inclui vigilância, observação, pesquisa analítica e experimento. **Distribuição** refere-se à análise por tempo, local e características dos indivíduos. **Determinantes** são todos os fatores físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais que influenciam a saúde. **Condições relacionadas à saúde** incluem doenças, causas de mortalidade, hábitos de vida (como tabagismo, dieta, atividades físicas, etc.), provisão e uso de serviços de saúde e de medicamentos. **Populações especificadas** são aquelas com características identificadas, como, por exemplo, determinada faixa etária em uma dada população (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Nesta mesma linha de definições, ainda, Lima-Costa e Barreto, em 2003, afirmam que os estudos epidemiológicos podem ser classificados em observacionais e experimentais, sendo que os observacionais podem ser classificados em descritivos e analíticos. Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Assim, a epidemiologia descritiva

examina como a **incidência** (casos novos) ou a **prevalência** (casos existentes) de uma **doença** ou **condição relacionada à saúde** varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras. Por sua vez, estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência de associação ou correlação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde. Os principais delineamentos de estudos analíticos são: a) ecológico; b) seccional (transversal); c) caso-controle (caso-referência); e d) coorte (prospectivo). Nos estudos ecológicos, tanto a exposição, quanto a ocorrência da doença, são determinadas para grupos de indivíduos. Nos demais delineamentos, tanto a exposição, quanto a ocorrência da doença ou evento de interesse, são determinados para o indivíduo, permitindo inferências de associações nesse nível. As principais diferenças entre os estudos seccionais, caso-controle e de coorte residem na forma de seleção de participantes para o estudo e na capacidade de mensuração da exposição no passado.

Uma *coorte* é um grupo de indivíduos que têm qualquer coisa em comum entre eles e que permanecem como um grupo durante um determinado período de tempo. Os **estudos de coorte** têm geralmente **dois objetivos principais**: descrever a incidência de *outcomes* (resultados) (**estudos descritivos**), ou analisar as associações e correlações entre esses *outcomes* e fatores preditores dos mesmos (**estudos analíticos**). Não são, porém, estudos que determinem causalidade, visto serem apenas observacionais, no entanto, permitindo estabelecer a existência de associações e correlações entre exposição e resultado (FERNANDES; CARNEIRO, 2005). Para avaliar o significado dos dados obtidos através de um estudo de *coorte*, de modo a melhorar a sua validade, é importante ter em conta várias questões:

1. Qual a hipótese em estudo?
2. Qual o desenho do estudo?
3. Qual a população em estudo?
4. Qual a exposição?
5. Qual a doença a que se pretende associar a exposição?
6. Como foi efetuado o seguimento?
7. Como foi efetuada a análise estatística?

De modo geral, ao conduzir um estudo de coorte, o interesse do pesquisador é verificar se indivíduos expostos a um determinado fator apresentam, em relação aos indivíduos não expostos, uma maior propensão a desenvolver uma determinada

doença. Os estudos de coorte são menos propensos aos vícios que podem ocorrer nos estudos caso-controle e são os mais indicados para o estudo de riscos, quando a experimentação não é possível. As principais dificuldades para a realização de um estudo de coorte são: (a) é um estudo mais demorado e que envolve custos elevados pelos recursos necessários para acompanhar muitos indivíduos ao longo do tempo estabelecido; (b) não disponibiliza resultados em curto prazo; (c) os indivíduos sob estudo vivem livremente e não sob controle do pesquisador e (d) não é viável para doenças raras. Outras denominações geralmente usadas para os estudos de coorte são (BRASIL, 2007):

- **estudos longitudinais:** enfatizando que os indivíduos são acompanhados ao longo do tempo;
- **estudos prospectivos:** subentendendo a direção em que os indivíduos são acompanhados;
- **estudos de incidência:** chamando a atenção para a medida básica de novos eventos de doença no tempo de seguimento.

Um estudo de coorte é um estudo observacional onde os indivíduos são classificados (ou selecionados) segundo o *status* de exposição (expostos e não expostos), sendo seguidos para avaliar a incidência da doença em determinado período de tempo. Desta forma, para Oliveira e Parente (2010), é importante se ter em mente que:

1. As fases principais de um estudo de coorte são as seguintes:

- a. Identificar as pessoas sadias no início do estudo;
- b. Montar grupos de indivíduos expostos e não expostos;
- c. Seguimento da coorte para avaliação da incidência da doença a ser estudada nos dois grupos;
- d. Comparar a incidência (risco) em cada coorte.

2. Os estudos de coorte têm certas vantagens:

- a) Podem discernir as relações temporais entre a exposição e o desfecho, devido ao fato da exposição preceder o desfecho;
- b) Podem ser usados para avaliação de desfechos múltiplos;
- c) Permitem o cálculo direto das medidas de incidência nas coortes de expostos e não expostos;
- d) O *status* do desfecho não influencia a medida do *status* de exposição ou seleção de indivíduos (coorte concorrente);

- e) São menos sujeitos a vieses de seleção do que os estudos de caso-controle;
- f) Alguns estudos permitem ainda que várias exposições possam ser avaliadas (coortes de população geral ou de grupos populacionais restritos).

3. Os estudos de coorte têm algumas desvantagens:

- a) É do tipo observacional (assim como o caso-controle), trazendo todas as fragilidades do desenho observacional (quando comparados aos estudos experimentais – ensaios clínicos randomizados);
- b) Pode ser ineficiente para o estudo de doenças raras ou aquelas com longos períodos de latência;
- c) Geralmente caros e difíceis de operacionalizar (em estudos etiológicos);
- d) A perda de participantes ao longo do seguimento pode comprometer a validade dos resultados.

A realização de uma pesquisa científica se divide em várias etapas, desde o questionamento inicial (hipóteses) até a análise e formulação de conclusões sobre os dados levantados no estudo. Entre estas, está a escolha do tipo de estudo a ser realizado. Mais do que um fim em si, a escolha ensejada nesta etapa é a de uma ferramenta destinada a uma finalidade específica, em consonância com os objetivos traçados para o estudo. Assim, estudos descritivos *descrevem* a realidade. Não se destinam a explicá-la ou nela intervir. Uma forma de estudo descritivo, é o estudo de incidências, que nada mais seria que uma grande tabulação de novos casos ocorridos em uma região em dado período. O importante papel que estudos descritivos podem ter é o de dar conhecimento aos profissionais de uma determinada área ou setor sobre seus dados demográficos (e.g. a taxa natalidade em alunas de uma escola ou mortes por violência doméstica em determinada cidade ou bairro). Estes são os chamados estudos de incidência, que se destinam a descrever incidências de patologias ou situações de interesse durante um período determinado. Embora haja uma tendência de se considerar estudos descritivos como estudos “menores” ou de uso restrito, pois deles não se poderia fazer nenhum tipo de inferência, estes estudos podem ser uma ferramenta de gestão muito importante em sistemas de saúde. Um determinado gestor poderá (e muitas vezes o faz) lançar mão de estudos de incidência para caracterizar a demanda de seus serviços, como, por exemplo, sua incidência de procedimentos cirúrgicos ou partos em um hospital. Já, Estudos analíticos observacionais partem da observação da realidade, sugerindo hipóteses a partir de medidas de associação ou correlação

entre diferentes fatores. Parte-se de um fator de *exposição* em busca de uma associação ou correlação a um evento denominado *desfecho*. Estudos epidemiológicos não determinam causalidade. Sugerem associação ou correlação entre fatores e desfechos. Quatro tipos principais de estudos observacionais podem ser levados a cabo: Estudos transversais, Estudos de Coorte, Estudos tipo caso-controle e estudos ecológicos. Uma coorte nada mais era que uma subdivisão de legionários do exército romano. Da mesma forma, uma coorte epidemiológica reúne um grupo de pessoas com as mesmas características para um determinado estudo e seguido por um determinado tempo para que se avalie o desfecho de interesse. Estudos de Coorte são excelentes formas de avaliar associação ou correlação de fatores e são os mais relevantes dos estudos observacionais frequentemente realizados (ARAGÃO, 2011).

Estudos de coorte fazem parte do grupo de estudos observacionais de cunho epidemiológico que **se propõem a observar**, em uma população previamente definida, qual será a **incidência** de determinada **doença** ou **fenômeno relacionado à saúde ou doença**. O termo coorte vem do latim *cohorte*, que significa “parte de uma legião de soldados do antigo Império Romano”. Os estudos de coorte, também conhecidos como **estudos longitudinais**, iniciam-se com um grupo de pessoas saudáveis (uma coorte), que serão classificadas em subgrupos segundo a exposição ou não a um ou mais fator de risco. As variáveis de interesse ao estudo são especificadas e medidas, enquanto a evolução da totalidade da coorte é seguida. A finalidade dos estudos de coorte é averiguar se a **incidência** da **doença** ou **evento adverso à saúde** difere entre o subgrupo de expostos a um determinado fator de risco, se comparado com o subgrupo de não expostos. Em outros termos, busca-se identificar os efeitos da exposição a um determinado fator (KUSCHNIR, 2012).

2.1.1 Os níveis de evidência e a hierarquização dos estudos no contexto atual das Ciências Baseadas em Evidências

Os níveis de evidência dos estudos para tratamento e prevenção são hierarquizados de acordo com o grau de confiança dos estudos, que está relacionado à qualidade metodológica dos mesmos. Assim, no topo da pirâmide está a revisão sistemática da literatura, seguida na sequência pelos ensaios clínicos

randomizados (com mais de mil pacientes e com menos de mil pacientes), os estudos coorte, caso-controle, série de casos, relato de casos, e por último, opinião de especialistas e pesquisas em animais ou *in vitro* (COOK et al., 1995), (Figura 1) (OLIVEIRA, 2009).

Fonte: Oliveira, DAL. Práticas Clínicas Baseadas em Evidências. 2009 [acesso em 2014 mar 29]. Disponível em: http://www.nesc.ufg.br/uploads/19/original_Praticas_clinicas_baseadas_em_evidencias.pdf.

Figura 1 – Produções científicas: Níveis de Evidência

A posição ocupada pela revisão sistemática na hierarquia da evidência ilustra a sua importância para a clínica e a pesquisa. Nessa hierarquia, quando procuramos por evidência sobre a eficácia de intervenção ou tratamento, estudos de revisão sistemática com metanálise ou sem ela, que incluem os Ensaios Clínicos Aleatórios (ECA) e estudos experimentais, seguidos dos ECA isoladamente e dos Estudos de Coorte, tendem geralmente a disponibilizar evidência mais forte, ou seja, são estudos mais adequados para responder a perguntas sobre a eficácia de uma intervenção. Essa hierarquia norteia os critérios de classificação de níveis de evidência para diferentes tipos de estudo (prognóstico, diagnóstico, terapêutico,

estudos de prevalência e de análise econômica) (Figura 2) (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Fonte: Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev. bras. fisioter. Jan./fev.2007;11(1):83-9.

Figura 2 – Hierarquia da evidência: investigações com localização superior na hierarquia indicam maior força da evidência

A ciência médica progride a passos largos nos últimos 70 anos, com volume de publicações científicas que cresce ano após ano. Os conhecimentos na área da saúde humana avolumam-se. A disponibilidade de evidências científicas nas diversas áreas médicas melhora a competência dos profissionais. Hoje, a medicina é cada vez mais baseada em evidências e cada vez menos na fantasia ou na tendenciosa “experiência pessoal das autoridades da área da saúde”, que imperaram por mais de 2000 anos. No último século, tornou-se natural o surgimento da metodologia na realização da pesquisa científica. Uma vez que um profissional da saúde faz uma observação científica, ou se encontra curioso a respeito de uma ideia científica, surge um objetivo: divulgar a observação, ou realizar um estudo que permita encontrar uma resposta. Em seguida, torna-se necessário fazer o delineamento da pesquisa, ou seja, escolher um dos modelos tradicionais de estudo científico. É estimulante para os profissionais curiosos e competentes realizar estudos científicos. Cada pesquisa tem o potencial de contribuir com um novo

conhecimento a respeito de incidência, prevalência, etiologia, fatores de risco e proteção, manifestações, fisiopatogenia, métodos diagnósticos, métodos profiláticos, terapêuticos, de reabilitação e prognóstico. Em ordem hierárquica crescente de complexidade, as publicações científicas aparecem na seguinte sequência de modelos de pesquisa: 1) Relato de Caso; 2) Estudo Transversal; 3) Estudo Caso-Control; 4) Estudo de Coorte; 5) Ensaio Clínico Randomizado; 6) Revisão Sistemática e Metanálise. O pesquisador deve adotar um destes modelos. A escolha do delineamento não é baseada na facilidade, na personalidade audaciosa do pesquisador ou na estrutura da instituição, e sim, é baseada em alguns detalhes básicos, tais como: objetivo do trabalho, pois para cada objetivo há um modelo ideal; viabilidade, pois nem sempre o ideal é viável; simplicidade, sempre que for possível encontrar as respostas desejadas com um modelo de pesquisa menos complexo (CRUZ, 2011).

2.2 ABSENTEÍSMO

Como premissa, o absenteísmo pode ser definido como a ausência ao trabalho por motivo de doenças da própria pessoa ou de seus dependentes. Assim, doenças de um modo geral podem tanto incapacitar o indivíduo, como também trazer-lhe desconforto físico e emocional. Como consequência verifica-se com isto um aumento do índice de absenteísmo dentro das empresas e queda da produtividade, além de um risco maior de acidentes de trabalho. Se para o trabalhador a doença significa prejuízos à saúde, para as empresas significa aumento dos problemas administrativos e dos custos pela concessão de auxílio-doença, conseqüentemente com diminuição dos lucros (SALES PERES et al., 2006).

2.3 ABSENTEÍSMO TIPO I E II

Vários autores descrevem as mais diversas formas de classificar o Absenteísmo. Assim, Martins et al., em 2005, apresentam uma forma bastante didática:

- O absenteísmo chamado tipo I, pela falta ao trabalho, que é representado pela falta pura e simples do empregado ao trabalho, sendo de fácil mensuração e custo calculado. Leva à perda de produção das horas não trabalhadas.
- O absenteísmo tipo II, de corpo presente, que é aquele em que, apesar de não faltar ao trabalho, o trabalhador não desenvolve seu melhor desempenho, levando à diminuição na sua produtividade. Isso ocorre em consequência do trabalhador apresentar algum problema de saúde.

2.4 ABSENTEÍSMO TIPO I: CLASSES

Da mesma maneira que para a tipificação do absenteísmo em I ou II, Martins et al. (2005), citam cinco classes diferentes de absenteísmo:

1. Absenteísmo voluntário: é a ausência voluntária do trabalho por razões particulares, não justificadas por doença e sem amparo legal.
2. Absenteísmo compulsório: é o impedimento ao trabalho mesmo que o trabalhador não deseje, por suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento que não lhe permita chegar ao local do trabalho.
3. Absenteísmo legal: compreende aquelas faltas ao serviço amparadas por lei, como licença maternidade, ou as previstas na CLT - Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943), tais como, nascimento de filho, nojo, gala, doação de sangue, serviço militar, fins eleitorais e judiciais, e em exames vestibulares para admissão em Instituição de Ensino Superior. São também chamadas de faltas justificadas.
4. Absenteísmo por patologia profissional: Compreende as ausências por doenças profissionais, tais como Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), ou ausências por acidente de trabalho (infortúnios profissionais).
5. Absenteísmo por doença: inclui todas as ausências por doença ou procedimento médico ou odontológico.

2.5 ABSENTEÍSMO TIPO II: PRESENTEÍSMO

Investigações mais recentes, principalmente na área da administração e gestão de recursos humanos, têm abordado de forma crescente aspectos não só relacionados ao impacto do absenteísmo no trabalho, mas também do presenteísmo. O presenteísmo é definido como a presença no trabalho apesar de doente ou com algum problema físico, ou psicológico. Esse termo, ainda pouco conhecido, interfere tanto ou até mais que o absenteísmo no desempenho de um trabalhador, onde este se encontra presente fisicamente, mas sem produzir como deveria, em razão de diversos fatores como: insatisfação, pessimismo, alto nível de estresse e desânimo. Essa situação dificulta o diagnóstico do problema e traz prejuízos, tanto para a empresa, quanto para os colegas de trabalho que, muitas vezes, são “contaminados” por esta apatia, falta de produtividade e tomada de decisão. Estudos internacionais sobre o presenteísmo, com exemplo na enfermagem, relatam que este fenômeno também pode trazer sérias consequências na organização do trabalho do grupo. O indivíduo presente, mas apresentando limitações físicas ou mentais para a execução de suas atribuições, compromete o bom rendimento e a satisfação de todo o grupo, além de representar um risco para aqueles que estão sob seus cuidados (PASCHOALIN et al., 2012).

2.6 ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO TIPO I E II

Focados no quesito absenteísmo, alguns estudos demonstraram a relação da falta ao trabalho por motivos odontológicos, absenteísmo tipo I, ou ainda a sua presença com menor capacidade produtiva e falta de concentração, absenteísmo tipo II. Sales Peres et al. (2006) e Carvalho et al. (2007) concluíram que o maior número de absenteísmo ocorre entre mulheres e jovens. A causa mais frequente relatada foi a necessidade de exodontia, sendo que o número de horas perdidas reflete no prejuízo econômico das empresas privadas e públicas.

Mattke et al. (2007) realizaram uma pesquisa sobre absenteísmo, tanto do tipo I, como do tipo II, e perda de produtividade nos Estados Unidos da América – EUA, relatando que existiam poucos recursos e estudos para se avaliar com precisão tal relação.

Em busca da correlação entre dias de inaptidão para o trabalho e problemas odontológicos, Quiñonez et al. (2011) coletaram dados por meio de uma pesquisa nacional entrevistando por telefone, discando dígitos fortuitos e aleatoriamente, 1005 canadenses acima de 18 anos. Foi solicitado aos participantes que enumerassem o número de dias de inaptidão para o trabalho associado a problemas dentais no período prévio de duas semanas, onde 33 pessoas, ou 3,3% da amostra, informaram ter perdido um dia por causa de um problema dental (absenteísmo tipo I). Destes, 22 (2,2%) informaram também ter tido uma redução na atividade normal por causa do problema dental (absenteísmo tipo II). O grupo de indivíduos mais jovens, com renda e escolaridade mais baixas, nenhum seguro odontológico, história de dor bucal e consulta de emergência para um problema dental, foram os que mais relataram um dia de inaptidão para o trabalho de origem dental. Estes dados demonstram o impacto econômico potencial dos problemas dentais no Canadá, contudo eles devem ser interpretados com precaução por causa da prevalência muito baixa do resultado principal medido, o potencial para viés da seleção e a inconsistência relativa com estimativas históricas existentes.

2.7 ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO: PREVALÊNCIA

Em 1984, Reisine verificou que poucos estudos, até então, analisavam doenças de origem odontológica em termos do seu impacto social. Explorou então, a viabilidade de uma medida de resultado social, a ausência do trabalho. Assim, 2.600 pessoas empregadas na região de Hartford, na área metropolitana de Connecticut, foram entrevistadas por telefone utilizando uma metodologia de discagem digital aleatória. Enquanto a inaptidão de origem odontológica não afetou a maioria (75%) desses trabalhadores entrevistados, 25% reportaram um episódio de perda de trabalho nos últimos 12 meses relacionados a problemas dentais e visitas para tratamento odontológico. Os trabalhadores perderam uma média de 1,7 horas. A prevalência e magnitude da perda de trabalho foram sensíveis a vários fatores, relacionados à saúde, às condições sociais e demográficas, e à acessibilidade.

Ainda, no ano seguinte, 1985, Reisine analisa o potencial de usar medidas da função social como indicadores de saúde na pesquisa odontológica. Discute metodologias existentes e apresenta achados de um estudo de corte transversal que

adota uma perspectiva da função social na investigação do estado de saúde oral. Enquanto a literatura nesta área era parca, a maior das preocupações da pesquisa associava os dias de inaptidão com problemas dentais. A Pesquisa Nacional de Saúde dos Estados Unidos, *The United States National Health Survey (NHS)*, informou em 1981 que 4.87 milhões de condições dentais causaram 17.7 milhões de dias de atividade restringida, 6.73 milhões de dias de inaptidão pelo trabalhador acamado e 7.05 milhões de dias de perda de trabalho. Cita-se que outros relatos sugerem que estes dados podem estar subestimados devido à definição da Pesquisa Nacional de Saúde de dias de inaptidão, e que vários outros estudos encontraram perda de trabalho afetando de 15 a 33 por cento das amostras estudadas resultando em muito mais dias de trabalho perdido que o relatado pela Pesquisa Nacional de Saúde.

2.8 ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO: INCIDÊNCIA

Já, noutro estudo, analisou-se os efeitos de condições dentais no contexto social, medindo a incidência de dias de trabalho perdidos associados com problemas e tratamentos dentais no período de um ano. Um estudo longitudinal em 1.992 empregados adultos na região de Hartford, área metropolitana de Connecticut, foi conduzido, nos quais os participantes foram entrevistados em uma base de coleta de dados sócio demográficos, fatores de cuidados e estado de saúde, e foram acompanhados por um ano para avaliar a incidência de dias de perda de trabalho por causa de problemas dentais. Os resultados mostraram que 26,4% da amostra reportaram um episódio de perda de trabalho relacionado à odontologia, com uma média de 1,26 horas perdidas por pessoa por ano. O mais importante indicador de perda no trabalho foi o elevado número de visita ao dentista, previamente tendo um episódio de perda de trabalho, sendo jovem de classe social elevada. As variáveis mais importantes que explicaram as horas totais de perda de trabalho eram a severidade do tratamento, perda de trabalho prévia, baixa renda e indivíduos não brancos. Conclui-se que, enquanto taxas de perda de trabalho variaram por algum tratamento importante e fatores sócio demográficos, indicadores de resultado mais sensíveis são necessários para detectar diferenças individuais nos efeitos das condições dentais no contexto social. Ainda, os resultados sugerem que dias

perdidos de trabalho podem ser uma estatística populacional útil na medida do estado de saúde bucal por causa da alta prevalência de doenças odontológicas (REISINE; MILLER, 1985).

2.9 ABSENTEÍSMO: IMPACTO SOCIAL

Com o propósito de avaliar consequências sociais da manutenção da saúde oral e do tratamento das doenças orais, Gift et al. (1992) exploraram as associações entre fatores socioeconômicos e demográficos com o tempo perdido de trabalho ou escola, e reduções em atividades normais. Os dados foram coletados como parte da Pesquisa Nacional de Saúde de 1989 em 50.000 casas dos Estados Unidos da América (EUA) (117.000 indivíduos), representando 240 milhões de pessoas. Por causa de problemas dentais e visitas odontológicas, 148.000 horas de trabalho foram perdidas por 100.000 trabalhadores, 117.000 horas escolares foram perdidas por 100.000 estudantes e 17.000 dias de atividade extra de trabalho e escola foram restritos por 100.000 indivíduos em 1989. Verificaram que grupos sócio demográficos diversos tinham padrões diferentes de tal perda de tempo e da redução das atividades normais. De forma geral, houve baixo impacto social individualmente das visitas odontológicas e das condições orais. Ao nível de sociedade, porém, tais problemas e tratamentos entre grupos desprivilegiados parecem ter um maior impacto.

Hollister e Weintraub (1993) resumiram evidências científicas, então disponíveis, buscando a associação das condições adversas de saúde bucal que afetam três aspectos da vida diária: saúde sistêmica, qualidade de vida e produtividade econômica. Exemplos da saúde oral afetando saúde sistêmica incluem pacientes com febre reumática que desenvolvem endocardite infecciosa causada por bactérias orais e transplantados de órgãos que desenvolvem complicações severas de infecções orais. Tanto a saúde sistêmica, quanto a qualidade de vida, são comprometidas quando as perdas dentais, a xerostomia, as lesões em tecidos moles da boca, ou próteses dentais desajustadas, afetam a escolha da comida e mastigação. Condições tais como fissuras bucais, perdas dentais, má oclusão severa, ou cáries extensas estão associadas ao constrangimento, à ansiedade e ao isolamento. Dor orofacial de origem dental, desordem da articulação

temporomandibular e infecções bucais afetam a interação social e o comportamento diário. Os resultados de distúrbios bucais podem ser sentidos não só fisicamente ou socialmente, mas também economicamente em nossa sociedade. Doenças de origem odontológica contabilizam muitos dias perdidos no trabalho e na escola. Minorias e os menos remunerados são os desproporcionalmente afetados. Conclui-se que, embora haja muitos estudos que avaliem estas relações, a maioria é de relato de caso, estudos transversais, ou estudos restritos a pequenos ou únicos grupos de população. A falta de medidas padronizadas torna difícil a comparação entre estudos. São precisos mais estudos longitudinais para entender melhor a natureza destas relações.

2.10 ABSENTEÍSMO: IMPACTO DA DOR OROFACIAL

Para o impacto social da dor orofacial, envolvendo uma população industrial, entrevistando-se 355 sujeitos, mostrou-se que aproximadamente metade se queixou de dor orofacial no período prévio de um mês antes da pesquisa, a dor mais comum era a de dente, relacionada a fluídos frios ou quentes, ou alimentos doces. Em média, a dor durou cerca de 4,2 dias por indivíduo. Aproximadamente uma em cinco pessoas com dor relatou que era severa bastante para interromper sono. Aproximadamente uma em dez pessoas, relatando dor, se afastou com licença médica por causa da dor. Porém, somente uma em quatro pessoas com dor consultou o dentista. Mais de um terço tentou suportar a dor e não fez nada, enquanto o restante tentou vários meios próprios alternativos para a cura (JAAFAR et al., 1989).

Já, Lacerda et al., em 2011, buscaram estabelecer a prevalência da dor orofacial e seu impacto no desempenho diário em trabalhadores das indústrias têxteis do município de Laguna, Santa Catarina (SC), Brasil, com um estudo transversal que envolveu todos os trabalhadores (n=267) das cinco indústrias têxteis do município no ano de 2004. Os dados foram obtidos através do questionário proposto Locker & Gruska para medir o indicador Impacto Oral no Desempenho Diário (IODD). Foram coletados dados sócio demográficos como gênero, idade, nível de escolaridade, renda, cargo e absenteísmo devido à dor orofacial. Os dados foram analisados descritivamente e a relação de prevalência

calculada. A prevalência da dor orofacial foi de 32,2% e o impacto oral no desempenho diário foi 28,5%. A metodologia aplicada indicou que a dor orofacial foi a única variável estatisticamente associada com o impacto oral no desempenho diário. Concluíram que a prevalência da dor orofacial foi alta entre trabalhadores, representando um fator decisivo no impacto oral no desempenho diário (IODD).

Por sua vez, o objetivo aqui foi analisar a prevalência da dor dentária e a ocorrência de absenteísmo provocado por dor de dente e as possíveis associações com características sócio demográficas. Um estudo analítico de corte transversal foi realizado em uma amostra aleatória de 170 sujeitos de um universo de 545 funcionários da Prefeitura Municipal de Venda Nova do Imigrante (ES). Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de 27 itens aplicado por uma servidora municipal. Para comparação dos percentuais entre dor dentária e absenteísmo com os fatores sócio demográficos foi utilizado o teste exato de Fisher. A prevalência de dor dentária entre os trabalhadores foi de 43% e a de absenteísmo por dor dentária foi de 23,4%. Funcionários com grau de escolaridade até ensino médio incompleto relataram uma chance duas vezes maior de dor de dente com OR (*Odds Ratio*) = 2,144 e IC (Intervalo de Confiança) 95% = 1,141;4,030. Trabalhadores do sexo masculino (OR = 5,714, IC95% = 1,773;18,416), de escolaridade até ensino médio incompleto (OR = 4,875, IC95% = 1,405;16,909) e renda familiar até dois salários mínimos (OR= 3,613, IC95% = 0,931;14,021) apresentaram maior prevalência de absenteísmo associada à dor de dente. A prevalência de dor encontrada demonstra a necessidade de políticas de promoção de saúde bucal para melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores (MIOTTO et al., 2012).

Dor é um problema de saúde pública, responsável pela perda de dias de trabalho. Dentro da mesma linha da pesquisa citada anteriormente, o objetivo deste artigo também é analisar a prevalência da dor dentária, a ocorrência de absenteísmo e suas possíveis associações com características sócio demográficas. Este estudo populacional, observacional, analítico e transversal utilizou uma amostra representativa aleatória de 169 sujeitos de um universo de 666 funcionários da maior indústria alimentícia do município de Linhares Estado do Espírito Santo, Brasil. Dados foram coletados por pesquisadora treinada utilizando roteiro estruturado. O teste exato de Fisher avaliou as possíveis associações; a força da associação avaliada pelo OR (*Odds Ratio*, razão de chances ou possibilidades) com significância de 5% e IC95% (Intervalo de Confiança de 95%). A prevalência de dor

dentária foi de 46,7% e a de absenteísmo 12,7%. Não houve associação estatística entre dor e as variáveis avaliadas - sexo, faixa etária, renda e escolaridade. Em relação ao absenteísmo, indivíduos com grau de escolaridade até o ensino médio incompleto declararam maior perda de horas de trabalho (OR = 8,850, IC95% = 2,114; 37,046). A prevalência de dor foi expressiva e não esteve associada às variáveis controladas neste estudo. A dor de dente observada foi capaz de produzir absenteísmo, e este esteve associado à escolaridade dos participantes. A realização de exames periódicos odontológicos deve ser incentivada para diagnóstico e intervenção precoce, minimizando episódios de dor de dente (MIOTTO et al., 2013).

2.11 ASPECTOS LEGAIS, ÉTICOS, NORMATIVOS E CIENTÍFICOS DA ATESTAÇÃO MÉDICA E ODONTOLÓGICA

A atestação de saúde ou de estados mórbidos, por profissionais da área de saúde, é regida por Leis pertinentes que regulamentam tais profissões, as quais gozam da prerrogativa deste “Ato”, e normatizada por Resoluções, pelo Código de Ética ou por Pareceres Consubstanciados, dos Conselhos de Classe, autarquias públicas federais estas, cuja função é pautada na fiscalização e normatização das referidas profissões. Na ausência de legislação específica, Jurisprudências ou Acórdãos dos Tribunais, que refletem os “usos e costumes” do momento histórico, ou ainda, as evidências científicas e a literatura contemporânea, que determinam o estado atual da ciência, têm norteadado tal entendimento ou as exceções (CAPELARI, 2013).

No entanto, cumpre salientar que o fundamento primordial do “Ato Profissional” da Atestação encontra guarida na Carta Magna, que transmite às leis ordinárias que regulam as profissões, a sua regulamentação, e às normativas dos Conselhos de Classe, a sua normatização, obedecendo, por consequência, a hierarquização e subordinação das Normas do Direito, como proposto por Hans Kelsen, que é representada através de uma pirâmide, tendo a Constituição Federal em seu vértice (Figura 3) (KELSEN, 2013).

Fonte: Kelsen H. Teoria pura do direito. 9ª. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013, 208p.

Figura 3 – Esquema da hierarquização e subordinação das normas no direito como proposto por Hans Kelsen, representada através de uma pirâmide, tendo a Lei Maior em seu vértice

Portanto, o direito da atestação, trata-se de um direito constitucional assegurado aos profissionais, cujo ato é de competência determinada por lei que regulamenta o exercício da profissão, pois determina assim a Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) no seu art. 5º, inciso XIII:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
(...) é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer; (...)

2.12 ATESTAÇÃO MÉDICA

Atualmente a lei específica que regula o exercício da Medicina no Brasil é a Lei 12.842, de 10 de julho de 2013 que dispõe sobre o exercício da Medicina, assim as atribuições específicas do Médico que outrora eram dadas pela Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957 que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências, hoje possui legislação específica para tal (BRASIL, 1957; BRASIL, 2013b). Portanto, a Medicina que tinha a sua regulamentação embasada em resoluções normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM), tem agora limites legais específicos, hierarquicamente superiores às normativas autárquicas, cuja infringência não mais é suscetível às sanções somente na esfera administrativa, sendo passível a aplicação da lei e suas conseqüentes sanções cíveis e penais de forma objetiva e direta. Assim, a atestação médica neste momento é regulamentada

pela nova Lei e normatizada pela Resolução CFM 1.658/2002, e a Resolução CFM 1.851/2008 que a altera (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008b).

Portanto, regulamenta a Lei 12.842/2013 (BRASIL, 2013b):

Art. 4º São atividades privativas do médico:
(...) XIII - atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas; (...)

E a Resolução CFM 1.658/2002 normatiza e detalha o ato ao longo dos seus artigos (BRASIL, 2002):

Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Não somente por direito, mas por dever, o médico no ato da atestação deve também se ater ao que normatiza o seu Código de Ética (BRASIL, 2009b) no Capítulo X, Documentos Médicos, onde se determina que, é vedado ao médico:

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.

...*omissis*...

Art. 91. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

2.13 ATESTAÇÃO ODONTOLÓGICA

A atestação odontológica encontra respaldo na Lei 5.081/1966 (BRASIL, 1966) que Regula o Exercício da Odontologia no Brasil, alterada pela Lei 6.215/1975 (BRASIL, 1975), que no seu artigo 6º regulamenta:

Compete ao cirurgião-dentista:

(...) III: atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive, para justificação de faltas ao emprego; (...)

Quanto à normatização estabelecida pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, aprovada pela Resolução CFO 63/2005 (BRASIL, 2005), atualizada em julho de 2012, determina *ipsis litteris*, no Título I, Do Exercício Profissional, Capítulo I, Disposições Preliminares, Art. 4º, § 1º, o que a lei regulamenta, sem nenhuma alteração ou detalhamento específico:

Compete ao cirurgião-dentista:

(...) III - atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive para justificação de falta ao emprego; (...)

Ainda, encontra amparo normativo também na Resolução CFM 1.658/2002 (BRASIL, 2002):

Art. 6º Somente aos médicos e aos odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho.

§ 1º Os médicos somente devem aceitar atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogos, nos termos do *caput* do artigo. (...)

E mais, não somente sob uma ótica diceológica, mas sob o ponto de vista deontológico, corrobora o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO 118/2012 (BRASIL, 2012b):

Art. 18. Constitui infração ética:

(...) II - deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal; (...)

2.14 FALTAS JUSTIFICADAS OU ABONADAS

As faltas justificadas são situações em que o empregado poderá faltar ao serviço, sem prejuízo do seu salário. Neste caso, o empregador estará obrigado a respeitar a ausência do empregado ao trabalho, desde que esta ausência esteja prevista em lei e o empregado comprove ao empregador o motivo.

Desta forma, como estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 1943):

Art.473 - O empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário:

I - até 2 (dois) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua Carteira de Trabalho e Previdência Social, viva sob sua dependência econômica;

II - até 3 (três) dias consecutivos, em virtude de casamento;

III - por 1 (um) dia, em caso de nascimento de filho, no decorrer da primeira semana;

IV - por 1 (um) dia, em cada 12 (doze) meses de trabalho, em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada;

V - até 2 (dois) dias consecutivos ou não, para o fim de se alistar eleitor, nos termos da lei respectiva;

VI - no período de tempo em que tiver de cumprir as exigências do Serviço Militar referidas na letra c do art. 65 da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964 (Lei do Serviço Militar);

VII - nos dias em que estiver comprovadamente realizando provas de exame vestibular para ingresso em estabelecimento de ensino superior;

VIII - pelo tempo que se fizer necessário, quando tiver que comparecer a juízo.

O empregador é obrigado a abonar as faltas, que por determinação legal, não podem ocasionar perda da remuneração, desde que formalmente comprovadas e justificadas por atestado médico. O atestado médico, para abono de faltas ao trabalho, tem limitações regulamentadas por lei. O Decreto 27.048/1949 (BRASIL, 1949a) que aprova o regulamento da Lei 605/1949 (BRASIL, 1949b), no artigo 12, alínea “f”, §1º e 2º, dispõe sobre as formas de abono de faltas mediante atestado médico:

Art 12. Constituem motivos justificados:

(...) f) a doença do empregado devidamente comprovada, até 15 dias, caso em que a remuneração corresponderá a dois terços da fixada no art. 10.

§ 1º A doença será comprovada mediante atestado passado por médico da empresa ou por ela designado e pago.

§ 2º Não dispondo a empresa de médico da instituição de previdência a que esteja filiado o empregado, por médico do Serviço Social da Indústria ou do Serviço Social do Comércio, por médico de repartição federal, estadual ou municipal, incumbido de assunto de higiene ou saúde, ou, inexistindo na localidade médicos nas condições acima especificados, por médico do sindicato a que pertença o empregado ou por profissional da escolha deste.

Não obstante os atestados de médicos particulares serem a última opção legal para atestação, conforme o conteúdo de manifestação do Conselho Regional de Medicina (CRM), não deveriam ser recusados, exceto se for reconhecido favorecimento ou falsidade na emissão, assim sugerindo (CREMEC, 1999):

O atestado médico, portanto, não deve *a priori* ter sua validade recusada porquanto estarão sempre presentes no procedimento do médico que o forneceu a presunção de lisura e perícia técnica, exceto se for reconhecido favorecimento ou falsidade na sua elaboração quando então, além da recusa, é acertado requisitar a instauração do competente inquérito policial e, também, a representação ao Conselho Regional de Medicina para instauração do indispensável procedimento administrativo disciplinar.

No entanto, na conclusão do mesmo Parecer consubstanciado, CREMEC Nº 01/1999 (CREMEC, 1999), fica perfeitamente claro:

É prerrogativa exclusiva do médico da empresa, nas empresas que possuírem serviço médico próprio ou conveniado, a emissão do atestado médico **para abono de faltas**, por motivo doença, cujo afastamento não supere 15 dias. Estando, portanto, ao seu arbítrio aceitar ou não, atestados médicos **para abono de faltas**, emitidos por outros médicos, mesmos que especialistas, pois estão em desconformidade com a Lei pertinente ao assunto. A recusa da eficácia do atestado nestes moldes, está em conformidade com o texto legal, não implicando tal conduta em contestação sobre o conteúdo, idoneidade ou veracidade do atestado. Consequentemente a quantidade de dias previstos de licença, para afastamento do empregado ao trabalho, no referido atestado, fica, portanto, também, sem efeito para este desiderato específico, cabendo mais esta responsabilidade, ao médico da empresa que assumiu o exame do trabalhador. No caso da empresa não possuir serviço médico próprio ou conveniado, os médicos que podem emitir atestado médico, com eficácia **para abono de falta**, são os concatenados na sequência disposta na Lei nº 605/49, regulamentada pelo Decreto nº 27.048.

Em súmula, o atestado médico para abono de faltas ao trabalho deve obedecer aos dispositivos legais, mas, quando emitido por médico particular, *a priori* deveria ser considerado, pelo médico da empresa ou junta médica de serviço público, como verdadeiro pela presunção de lisura e perícia técnica (CREMEC, 1999):

Por fim, manifesta-se este CREMEC, no sentido de que todo atestado médico emitido por médico legalmente habilitado, revestido de lisura e perícia, é válido e possui todas as prerrogativas legais a que se destina, devendo ser sempre levado em consideração pelo médico da empresa, como peça importante para seu raciocínio clínico e suas conclusões, dele discordando somente se fundamentado em sólidas razões científicas ou éticas.

E mais, o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo DECRETO Nº 3.048 de 06 de maio de 1999, determina o decurso de tempo permissível de afastamento do trabalho para esta modalidade de faltas e a quem de direito o ônus das mesmas (BRASIL, 1999a). Assim, estatui:

Art.75. Durante os primeiros quinze dias consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença, incumbe à empresa pagar ao segurado empregado o seu salário.

§ 1º Cabe à empresa que dispuser de serviço médico próprio ou em convênio, o exame médico e o abono das faltas correspondentes aos primeiros quinze dias de afastamento.

§ 2º Quando a incapacidade ultrapassar quinze dias consecutivos, o segurado será encaminhado à perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social.

§ 3º Se concedido novo benefício decorrente da mesma doença dentro de sessenta dias contados da cessação do benefício anterior, a empresa fica desobrigada do pagamento relativo aos quinze primeiros dias de afastamento, prorrogando-se o benefício anterior e descontando-se os dias trabalhados, se for o caso.

§ 4º Se o segurado empregado, por motivo de doença, afastar-se do trabalho durante quinze dias, retornando à atividade no décimo sexto dia, e se dela voltar a se afastar dentro de sessenta dias desse retorno, em decorrência da mesma doença, fará jus ao auxílio doença a partir da data do novo afastamento.

§ 5º Na hipótese do § 4º, se o retorno à atividade tiver ocorrido antes de quinze dias do afastamento, o segurado fará jus ao auxílio-doença a partir do dia seguinte ao que completar aquele período.

Uma questão polêmica diz respeito ao fornecimento de atestado para pessoa da própria família. A conclusão final do Processo-Consulta CFM Nº 0380/90 - PC/CFM/Nº 05/1991 (CFM, 1991) dita:

1- O médico, à exceção dos casos de perícia judicial, de tratamento de doença grave ou toxicomania, e de situações outras previstas em legislação específica, não está impedido de emitir atestado médico - parte integrante do ato ou tratamento médico - a pessoa da própria família.

2- O atestado médico somente será recusado se não estiver em conformidade com a legislação, em face da finalidade a que se destina, ou

pela verificação de favorecimento ou falsidade. Neste caso o fato deveria ser denunciado à autoridade policial e ao Conselho Regional de Medicina.

Nesta mesma linha de pensamento, outra celeuma em situações de atestação é “*atestar para si mesmo*”. Segundo o PARECER CREMEC nº 02/2013 (CREMEC, 2013), a resposta ao quesito: “*Pode o médico emitir atestado para si mesmo?*” é:

Não encontramos previsão, especificamente, a respeito da emissão de atestado médico para si mesmo, em qualquer diploma legal. Para atender ao inusitado questionamento, recorremos ao eminente Conselheiro Dr. Genival Veloso de França, que instado a opinar sobre o assunto elaborou para o Conselho Federal de Medicina o Parecer 29/1987, do qual nos servimos, em parte, para desenvolver nossas ideias sobre a matéria. Diz o renomado mestre que “*É difícil aceitar o fato de o médico concentrar, num só tempo, em si próprio, a condição de examinado e examinador, de médico e de paciente, concentrando todas as responsabilidades e todos os privilégios, policiando-se para que um não se sobreponha ao outro*”. De fato, o resultado de um atestado médico nessas circunstâncias será sempre suspeito, tanto pelas razões citadas pelo profissional, como pelos benefícios arguidos ao paciente. Assim, o atestado médico exarado para si mesmo, sempre despertará dúvida, devendo ser evitado em favor do próprio emissor, em prol do caráter insuspeito que deve ser mantido no mister de seu trabalho.

2.15 ATESTADO DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO

A legislação trabalhista não disciplina quanto ao abono de faltas em virtude de atestado de acompanhamento médico, aquele que é fornecido à mãe ou ao pai que acompanha o filho ao médico, ou mesmo para acompanhamento de qualquer outro familiar, tampouco se manifesta quanto à obrigatoriedade das empresas em recepcioná-lo. Na falta de previsão legal, alguns sindicatos em negociação coletiva fazem inserir nas convenções coletivas das respectivas categorias cláusulas prevendo que o acompanhamento de filho ao médico, que é a ocorrência mais comum, a qual deverá ser considerada como falta abonada, mediante a apresentação de atestado médico de acompanhante. Assim, não havendo registro legal para o fornecimento de atestado para responsáveis legais por um paciente, fica a cargo da empresa a aceitação, por mera liberalidade, exceto nos casos preconizados por meio de acordo prévio, convenção ou dissídio da categoria. A CID-10 da Classificação Internacional de Doenças a ser utilizada pelo médico é Z 76.3 - Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente (UNIMED, 2006).

Cumprе ressaltar, por sua vez, o mencionado no Precedente Normativo em Dissídios Coletivos do Tribunal Superior do Trabalho (TST) nº 95, fortalecendo ainda mais essa vertente, uma vez que apoia a concessão do abono de falta para levar filho ao médico, assegurando o direito à ausência remunerada de um dia por semestre ao empregado para levar ao médico filho menor ou dependente previdenciário de até 6 anos de idade, mediante comprovação no prazo de 48 horas (BRASIL, 1998).

Não obstante, há jurisprudência que respalda o abono de faltas quando da apresentação de atestado de acompanhamento pelo empregado, havendo precedentes judiciais que favorecem o trabalhador, ao proibir o desconto das faltas que tinham essa motivação. Como exemplo pode-se citar o posicionamento da 20ª Vara do Trabalho da Justiça do Trabalho de Brasília acerca do afastamento de empregada para acompanhamento de pessoa da família no caso de doença, sob o enfoque do direito à vida combinado com o princípio da dignidade humana. Nessa situação foram aplicados princípios constitucionais para não descontar faltas (BRASIL, 2009a):

Conquanto a CLT não contenha previsão acerca da licença remunerada do trabalhador na hipótese de doença de pessoa da família, a imprescindível presença da mãe e/ou pai ao lado do filho doente encontra eco no ordenamento jurídico pátrio. Tal conclusão se coaduna com o direito à vida e com o princípio da dignidade humana, alçados ao nível constitucional. Desse modo, o direito à saúde, intimamente ligado a referidos princípios (...) fazendo parte do núcleo sindicável dos direitos sociais, sua outorga não poderá ser afastada mesmo com a aplicação da ponderação, ou seja, não há o que se ponderar sobre a entrega das prestações materiais sobre a saúde. Admite-se no máximo discricionariedade sobre os meios de sua efetivação. “Diante disso, não se duvida que a proteção da saúde é o direito individual à prevenção da doença, a seu tratamento e à recuperação do doente, traduzindo-se no acesso aos serviços e ações destinadas à recuperação do enfermo” (Luiz Armando Viola). De outro turno, o artigo 6º da Lei Maior assegura a proteção à maternidade e à infância. Não se olvida, ainda, que a mesma Norma Fundamental protege a criança ainda no ventre materno. Dessa maneira, não haveria como deixar de estender essa tutela à criança após o parto, mormente quando ela se encontra em tratamento de saúde. Desse modo, diante do quadro apresentado nos autos, a causa do afastamento da reclamante de seu labor tornou-se relevante, permitindo-se estimar que a apresentação dos atestados de acompanhamento seria bastante para justificar as faltas anotadas. **Logo, os descontos efetuados na remuneração da obreira a título de licença para acompanhamento de seu filho são irregulares.** 2. Recurso parcialmente conhecido e provido em parte.

Ainda, muito recentemente, mais precisamente em 08 de outubro de 2014, foi sancionada e promulgada uma Lei Municipal, de autoria do Executivo, que regulamenta nesta esfera o abono de faltas para o acompanhamento de familiares doentes, demonstrando pioneirismo legislativo nesta seara. O Município em questão trata-se do mesmo do presente estudo, ou seja, Santa Cruz do Rio Pardo, que parece ter entendido e absorvido a necessidade de tal regulamentação, necessidade esta esclarecida e levada ao seu conhecimento por meio do *feedback* que o estudo preliminar retrospectivo da Prevalência do Absenteísmo apresentou à Administração (CAPELARI, 2013). Assim, pelo pioneirismo, vanguarda e importância do tema, copia-se na íntegra tal documento legal, para que possa inspirar e servir de exemplo para iniciativas semelhantes em outras instâncias executivas e legislativas, quiçá em âmbito Nacional. Portanto, assim dispõe a Lei Complementar Municipal no. 539, de 08 de outubro de 2014, que *“Regulamenta o abono de faltas ao serviço público quando necessárias ao acompanhamento de crianças, adolescentes e idosos durante consultas e internações médicas e dá outras providências”* (BRASIL, 2014a):

Artigo 1º. Ficam consideradas justificadas as faltas ao serviço do servidor público municipal quando houver necessidade de que efetue acompanhamento e permanência de genitor, filho ou menor de que detenha a guarda, sob internação médica ou tratamento domiciliar de saúde.

Artigo 2º. O servidor terá direito à justificção da falta mediante apresentação de declaração médica ou atestado médico que informe sobre a necessidade de acompanhamento e permanência durante a internação ou sobre a imprescindibilidade de seu acompanhamento presencial durante tratamento domiciliar de saúde, de filho de até 18 (dezoito) anos de idade, de menor sob guarda ou de genitor com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Parágrafo único. A justificção de que trata o *caput* poderá ser feita pelo prazo de até 5 (cinco) dias a cada internação ou cada período de acompanhamento domiciliar.

Artigo 3º. Ficam considerados justificados os atrasos de servidor ao serviço quando visem ao acompanhamento em consulta médica de genitor, filho de até 18 (dezoito) anos ou menor de que detenha a guarda, mediante a apresentação de declaração médica ou atestado médico informando sobre o horário de permanência do servidor.

Artigo 4º. A justificção de falta abonada, nos termos dos artigos anteriores, será garantida ao servidor que a requerer em até 10 (dez) dias após sua ocorrência.

Artigo 5º. Esta Lei Complementar entra em vigor a partir de 1º. de janeiro de 2015.

2.16 AUXÍLIO-DOENÇA

A fundamentação legal para o Auxílio-Doença encontra guarida na Lei 8.213/1991 (BRASIL, 1991) com fulcro no Artigo 59º:

O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

Parágrafo único. Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

O Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo DECRETO Nº 3.048 de 06 de maio de 1999, prevê no seu artigo 25º a prestação expressa em benefício ao segurado do auxílio-doença (BRASIL, 1999a). Desta forma, no Artigo 71:

O auxílio-doença será devido ao segurado que, após cumprida, quando for o caso, a carência exigida, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de quinze dias consecutivos.

Ainda:

Art.72. O auxílio-doença consiste numa renda mensal calculada na forma do inciso I do caput do art. 39 e será devido: I - a contar do décimo sexto dia do afastamento da atividade para o segurado empregado, exceto o doméstico;(...)

E mais:

Art.78. O auxílio-doença cessa pela recuperação da capacidade para o trabalho, pela transformação em aposentadoria por invalidez ou auxílio-acidente de qualquer natureza, neste caso se resultar sequela que implique redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia.

No entanto, muito recentemente, em 30 de dezembro de 2014, a Presidência da República do Brasil adotou a Medida Provisória (MP) no. 664 (BRASIL, 2014b), com força de lei, que altera o período de afastamento a cargo do empregador em caso de doença ou acidente de trabalho para os contratos de trabalho em vigor. Assim, em noventa dias da publicação da MP, passa vigorar a regra de ampliação do período de interrupção do contrato de trabalho de 15 dias para 30 dias, com salários pagos pelo empregador. Trata-se de medida que onera as empresas com o acréscimo de mais 15 dias sob sua responsabilidade em caso de afastamento por doença ou acidente, conforme disposto no **novo parágrafo** 3º do artigo 60 da Lei 8.213/1991 (BRASIL, 1991):

Durante os primeiros trinta dias consecutivos ao do afastamento da atividade por motivo de doença ou de acidente de trabalho ou de qualquer natureza, caberá à empresa pagar ao segurado empregado o seu salário integral.

Esta alteração tem relevância direta para os cofres da Previdência Social porque, supostamente, sendo maior o período de espera para que o segurado se habilite para o benefício do auxílio-doença, menor será o número de benefícios gerados, pois dá ao segurado empregado a oportunidade de recuperação, antes de onerar os cofres da previdência social, cujo benefício calculado de acordo com o salário de benefício previdenciário, produz inevitável redução de ganho. Destaque-se a importância do serviço médico da empresa ou em convênio ao qual se atribui a responsabilidade de exame médico e do abono das faltas. A perícia médica do INSS somente deverá ser provocada após 30 dias de afastamento do empregado, pois, enquanto isso, a recuperação da capacidade laboral do empregado estará a cargo do serviço médico da empresa. Obviamente, dado ao caráter provisório da medida, há que se esperar a sua aprovação na íntegra, ou com ressalvas, ou mesmo sua rejeição, pelo Congresso Nacional, para que tenha como certo e sedimentado tal regulamento, a despeito de sua previsão de vigor retro citada. Evidentemente, tal regulamentação, editada posteriormente a execução do presente estudo, não foi conceitualmente aqui aplicada.

2.17 AUXÍLIO-ACIDENTE

Portanto, de forma similar ao auxílio-doença, ou pela sua transformação, o auxílio-acidente do mesmo modo é previsto no Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo DECRETO Nº 3.048/1999 (BRASIL, 1999a):

Art.104. O auxílio-acidente será concedido, como indenização, ao segurado empregado, exceto o doméstico, ao trabalhador avulso e ao segurado especial quando, após a consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultar sequela definitiva,(...)

2.18 ACIDENTE DE TRABALHO

Por consequência, ainda sustentado na Lei 8.213/1991 (BRASIL, 1991):

Art.18. O Regime Geral de Previdência Social compreende as seguintes prestações devidas inclusive em razão de eventos decorrentes de acidente do trabalho, expressas em benefícios e serviços: (...) e) auxílio-doença; (...) h) auxílio-acidente; (...)

E,

Art. 19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Não obstante, o *caput* do art. 2º da Lei 6.367/1976 (BRASIL, 1976) verse praticamente sobre o mesmo conteúdo do art. 19 retrocitado.

2.19 DOS ATESTADOS

Os atestados médicos, e por analogia ou consequência normativa, ou mesmo por “usos e costumes”, já explicitados, os odontológicos, na ausência de normativa específica para estes, devem seguir o recomendado na Resolução CFM 1.658/2002, e na Resolução CFM 1.851/2008 (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008b) que altera o artigo 3º desta, *expressis verbis*:

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;

II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

III - registrar os dados de maneira legível;

IV - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

I - o diagnóstico;

II - os resultados dos exames complementares;

III - a conduta terapêutica;

IV - o prognóstico;

V - as consequências à saúde do paciente;

VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementará o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;

VII - registrar os dados de maneira legível;

VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Destarte, quanto à indicação do diagnóstico nos atestados, a mesma Resolução orienta:

Art. 5º Os médicos somente podem fornecer atestado com o diagnóstico, codificado ou não, quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificação ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Ademais, há que se entender que a indicação do diagnóstico nos atestados, seja codificado ou não, quando **não** expressamente autorizado pelo paciente ou seu responsável legal, esbarra nos conceitos da confidencialidade e do segredo ou sigilo profissional, onde esta inobservância contraria diversos aspectos éticos e legais, podendo implicar na possibilidade de sanções, tanto na esfera administrativa, como legal da justiça comum.

Na sociedade humana a vida implica atos, fatos e outras ocorrências que necessitam ser mantidas em sigilo por questões de proteção individual. Na área da saúde, o segredo profissional requer proteção ainda maior e apresenta grande utilidade prática e social, na medida em que relaciona obrigatoriedade legal e postulados morais que devem ser cumpridos. Definir o que é sigilo profissional não se constitui uma tarefa simples. Admite-se que sua origem se pauta no verbo latino *secernere*, cujo particípio, *secretum*, quer dizer reservado, escondido. Dicionários da língua portuguesa registram que “sigilo” é sinônimo de segredo, e referem-se a “sigilo profissional” como sendo o “dever ético que impede a revelação de assuntos confidenciais ligados à profissão”. O segredo profissional adquiriu fundamentação mais rigorosa ao ser centralizado na necessidade e direito do cidadão à intimidade, passando a ser entendido como confidencialidade. Esta dupla natureza do conceito de segredo profissional transforma-o num direito-dever, na medida em que, sendo um direito do paciente, gera uma obrigação específica aos profissionais da saúde. Assim, a Privacidade Informacional é conceituada como sendo a informação a respeito de determinada pessoa conservada fora do alcance dos outros, se não houver autorização para ser revelada. Portanto, a Confidencialidade trata-se de uma forma de privacidade informacional no âmbito da relação especial profissional-paciente. A informação revelada por palavras ou exame físico é confidencial, passível de revelação somente com permissão ou requisição expressa. Pelo pressuposto “confiança”, a informação compartilhada deve ser respeitada e utilizada

exclusivamente para o propósito para o qual foi revelada, vista como “instrumental”, servindo a um propósito específico e a uma única justificativa: atingir o melhor objetivo. Desta forma, o Sigilo pode ser encarado como um segredo peculiar cujas características implicam em um segredo de confiança, caracterizando a confidencialidade na ética profissional (SALES PERES et al., 2008).

E mais, ainda Sales Peres et al., em 2008, afirmam que os Códigos Deontológicos contêm sugestões e recomendações de normas adequadas e próprias da vocação profissional, que comprometem e garantem a qualidade humana e a técnica da atividade profissional, onde a ética deontológica é pautada na identificação e na justificação de deveres que obrigam o profissional a agir de certa forma, independentemente dos resultados dessa ação. No entanto, ao longo da evolução Histórica nem a regra do sigilo nos códigos deontológicos, nem o direito à confidencialidade na área legal conseguiram um tratamento e um consenso de aplicação.

Assim, quanto aos aspectos Deontológicos e Legais do Sigilo e da privacidade da informação no Brasil, importante se faz uma análise e reflexão profunda dos documentos legais em vigor que regulam e normatizam o tema, de tal forma que se possam aplicar tanto os conceitos científicos, quanto a legislação, aos princípios da atestação e, por conseguinte, aos atestados.

O Código de Ética Médica (BRASIL, 2009b) no Capítulo IX, Sigilo Profissional, determina que é vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

...omissis...

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresse consentimento do seu representante legal.

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Por sua vez, o Código de Ética Odontológico (BRASIL, 2012b) no Capítulo VI – Do Sigilo Profissional, dita:

Art. 14. Constitui infração ética:

I - revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão;

II - negligenciar na orientação de seus colaboradores quanto ao sigilo profissional; e,

...omissis...

Parágrafo Único. Compreende-se como justa causa, principalmente:

I - notificação compulsória de doença;

II - colaboração com a justiça nos casos previstos em lei;

III - perícia odontológica nos seus exatos limites;

IV - estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos; e,

V - revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz.

Sob a óptica Legal, o Código Penal Brasileiro, no seu artigo 154, trata do crime de violação do segredo profissional, o qual se estende a qualquer profissão (BRASIL, 1940):

Violação do segredo profissional

Art. 154 - Revelar a alguém sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:

Pena – detenção de 3 (três) meses a um ano ou multa.

Parágrafo único. Somente se procede mediante representação.

No âmbito do processo penal, segundo reza o Código de Processo Penal (BRASIL, 1941), há amparo ao instituto do segredo:

Art. 207. São proibidas de depor pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devem guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar seu testemunho.

No campo privado o Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2002) estabelece:

Art. 144. Ninguém pode ser obrigado a depor de fatos, a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo.

E, corrobora ainda o Código de Processo Civil (BRASIL, 1973):

Art. 406. A testemunha não é obrigada a depor de fatos:

I – que lhe acarretem grave dano, bem como ao seu cônjuge e aos seus parentes consanguíneos ou afins, em linha reta, ou na colateral em segundo grau;

II – a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo.

Por fim, mais uma vez, Sales Peres et al. (2008) discutem alguns limites éticos para a ruptura da confidencialidade. Limites externos as regras do sigilo

profissional estão expressos por obrigações legais dos médicos, como a notificação compulsória de algumas doenças transmissíveis, as lesões por agressão ou violência e as suspeitas de abuso infantil. Além dessas, as obrigações de ofício também impõem limitações à confidencialidade, como nos casos dos profissionais da área da saúde das Forças Armadas ou aqueles que trabalham para instituições que possuem uma dupla responsabilidade, com seus pacientes e com seus empregadores. Tomando por base a teoria principialista e os Referenciais Básicos da Bioética para fundamentar eticamente a quebra de confidencialidade, esta ruptura somente pode ser admitida considerando quatro condições gerais: 1. Quando houver alta probabilidade de acontecer sério dano físico a uma pessoa identificável e específica, estando, portanto, justificada pelo princípio da não-maleficência; 2. Quando um benefício real resultar da quebra de sigilo, baseando-se esta decisão no princípio da beneficência; 3. Quando for o último recurso, depois de esgotadas todas as abordagens para o respeito ao princípio da autonomia; 4. Quando a mesma decisão de revelação puder ser utilizada em outras situações com características idênticas, independentemente da posição social do paciente, contemplando o princípio da justiça e fundamentada no respeito pelo ser humano, tornando-se um procedimento realizável. Em regra, a justa causa funda-se na existência do estado de necessidade, pautado na colisão de dois interesses, devendo um ser sacrificado em benefício do outro; no caso, a inviolabilidade dos segredos deve ceder a outro bem-interesse. Há, pois, objetividades jurídicas que a ela preferem; logo, não é absoluto o dever do sigilo profissional. Enfim, para que se justifique a infração penal, negando a justa causa, há necessidade de que da revelação haja possibilidade de se produzir um dano.

Outra discussão clássica diz respeito à existência de prerrogativa legal da Empresa para poder exigir ou não a indicação da CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) nos atestados apresentados por seus funcionários. Do ponto de vista de legalidade não há nenhum documento ou instrução legal que aponte expressamente tal obrigatoriedade, no entanto algumas jurisprudências aparentemente se contradizem acerca do assunto.

Assim, segundo Acórdão do TST, o atestado médico, sem a codificação da enfermidade, conforme exigência do Código Internacional de Doença (CID), não constitui documento hábil para abonar as faltas ao trabalho e assegurar o pagamento dos salários respectivos (BRASIL, 1999b).

Concordante e nesta mesma linha de julgados, o Acórdão do TRT (Tribunal Regional do Trabalho) – 3ª Região (BRASIL, 2012a), da mesma forma decide:

A Turma, à unanimidade, conheceu do recurso da reclamada (f. 73/81), porquanto presentes os pressupostos de cabimento e de admissibilidade; no mérito, sem divergência, deu-lhe provimento para excluir da condenação o pagamento de R\$71,50, referente a descontos indevidamente realizados, julgando improcedente a reclamação. Invertidos os ônus de sucumbência, a encargo do autor, isento. FUNDAMENTOS: O atestado médico, como justificativa de ausência, deve estar revestido das formalidades necessárias a sua validade, ou seja, possuir o Código Internacional da Doença causadora do afastamento. E tal informação poderá ser fornecida pelo médico, quando solicitada pelo empregado-paciente, conforme estabelece a Resolução CFM n. 1.658/2002 (que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências), a saber: Art. 5º Os médicos somente podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal. Parágrafo único: No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado. Neste sentido tem entendido este Regional: EMENTA: ATESTADO MÉDICO - AUSÊNCIA DE REGISTRO DE "CID" - INVALIDADE: Atestado médico apresentado no dia da dispensa pelo empregado e que não contém registro do CID referente à doença é desprovido de validade, não induzindo nulidade da dispensa. (Processo 01821-2003-020-03-00-2 RO - 8ªT. TRT 3ªR.).

Na contramão destes entendimentos explícitos, outras jurisprudências análogas parecem justificar o contrário, ou seja, que a inclusão da CID nos atestados não seria imperativa, em determinadas situações específicas, onde no entanto se impõe a necessidade de consignação de outros dados nos atestados, que *a priori* amenizariam a ausência da codificação da doença propriamente dita, como justificativa de ausência em audiências.

Dessa forma, o Tribunal Superior do Trabalho (TST), no processo nº 115600-40.2007.5.01.0012, entendeu que, mesmo para justificar a ausência em audiência trabalhista, não é necessária a inclusão da CID no atestado. No entanto, no Acórdão, fica claro que, mesmo na ausência da CID nesta circunstância, o atestado deve conter explicitamente a incapacidade de locomoção de qualquer uma das partes à audiência (BRASIL, 2010b), conforme cita *in verbis*:

A Súmula nº 122 do TST dispõe:
"REVELIA. ATESTADO MÉDICO (incorporada a Orientação Jurisprudencial nº 74 da SBDI-1) - Res. 129/2005, DJ 20, 22 e 25.04.2005
A reclamada, ausente à audiência em que deveria apresentar defesa, é revel, ainda que presente seu advogado munido de procuração, **podendo ser ilidida a revelia mediante a apresentação de atestado médico, que deverá declarar, expressamente, a impossibilidade de locomoção do empregador ou do seu preposto no dia da audiência.**" (sem destaque no original)

O atestado médico de fl. 33 consignou a incapacidade de locomoção do sócio da Reclamada no mesmo dia e hora da audiência, determinando, ainda, o seu repouso por um dia.

Parece ser consenso desta linha de jurisprudência, pois Acórdão da Primeira Turma do Tribunal Regional do Trabalho da 16ª Região por unanimidade decide refutar atestado médico, de grafia razoavelmente legível, que testemunhou que, o ora demandante (paciente), a contar daquela data, necessitaria de 24 horas de repouso e só, sem fazer referência expressa à impossibilidade de locomoção naquele dia, data designada para audiência de instrução, além do atestado também não informar a CID que justificasse a ausência, onde, certo é que no atestado médico apresentado também devesse constar informações consignando, expressamente, a impossibilidade de locomoção e o horário do atendimento médico, na forma da orientação jurisprudencial cristalizada por meio da Súmula n. 122 do TST (BRASIL, 2011).

No que tange a veracidade dos atestados, fazem-se necessárias algumas considerações, no mínimo polêmicas e questionáveis, mas de grande relevância, acerca da legitimidade destas atestações médicas e odontológicas, e o seu reflexo direto sobre o absenteísmo, em que pese os desdobramentos e consequências legais atribuídas à possibilidade de enquadramento criminal para situações onde crimes relacionados à ilegitimidade destes documentos possam comprovadamente ser configurados.

Nesta linha de pensamento, Martins et al. (2005) tecem algumas considerações acerca deste aspecto que parecem ser bastante coerentes e possíveis, porém dificilmente mensuráveis e de comprovação pouco provável, intuindo que as licenças médicas de 1 dia caracterizariam um tempo geralmente insuficiente para cura de qualquer doença, podendo ser dia perdido para um simples exame complementar ou para outros procedimentos médicos, como também ser “doença provocada”, afirmando que a licença médica muitas vezes é utilizada pelo trabalhador como uma forma de agressão à chefia e à instituição; também representando uma válvula de escape de tensões sociais, econômicas e psicológicas; sendo um ponto crítico a ser atacado na luta contra o absenteísmo. Ratifica também o que a literatura aponta: um menor número de ausências com maior número de dias perdidos indica sempre doença real.

A imagem estereotipada do servidor público como fraudador de licenças médicas, por vezes, ofusca o verdadeiro significado do processo adoecimento - afastamento do trabalho, ditando políticas de concessão de benefícios com base nas exceções (CUNHA, 2007).

Esta questão traz à discussão um tema tão delicado, quanto polêmico, de difícil abordagem, e até mesmo de aferição improvável: as possíveis fraudes em atestações médicas ou odontológicas, que *per si* caracterizariam crimes de falsidade documental.

O capítulo III – Da Falsidade Documental, do Título X – Dos Crimes Contra a Fé Pública, do Código Penal (BRASIL, 1940), estabelece algumas situações nas quais a emissão de um atestado falso, seja por médico, ou por odontólogo, tipificaria crime passível de enquadramento em diversas modalidades:

Quando da Falsificação de documento público:

Art. 297 - Falsificar, no todo ou em parte, documento público, ou alterar documento público verdadeiro:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e multa.

§ 1º - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, aumenta-se a pena de sexta parte.

§ 2º - Para os efeitos penais, equiparam-se a documento público o emanado de entidade paraestatal, o título ao portador ou transmissível por endosso, as ações de sociedade comercial, os livros mercantis e o testamento particular.

§ 3º - Nas mesmas penas incorre quem insere ou faz inserir:

I - na folha de pagamento ou em documento de informações que seja destinado a fazer prova perante a previdência social, pessoa que não possua a qualidade de segurado obrigatório;

II - na Carteira de Trabalho e Previdência Social do empregado ou em documento que deva produzir efeito perante a previdência social, declaração falsa ou diversa da que deveria ter sido escrita;

III - em documento contábil ou em qualquer outro documento relacionado com as obrigações da empresa perante a previdência social, declaração falsa ou diversa da que deveria ter constado.

§ 4º Nas mesmas penas incorre quem omite, nos documentos mencionados no § 3º, nome do segurado e seus dados pessoais, a remuneração, a vigência do contrato de trabalho ou de prestação de serviços.

Nos casos de Falsificação de documento particular:

Art. 298 - Falsificar, no todo ou em parte, documento particular ou alterar documento particular verdadeiro:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa.

Para a Falsidade ideológica:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Na emissão de **Certidão ou atestado ideologicamente falso**:

Art. 301 - Atestar ou certificar falsamente, em razão de função pública, fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou de serviço de caráter público, ou qualquer outra vantagem:

Pena - detenção, de 2 (dois) meses a 1 (um) ano.

O mesmo artigo enquadra a **Falsidade material de atestado ou certidão**:

§ 1º - Falsificar, no todo ou em parte, atestado ou certidão, ou alterar o teor de certidão ou de atestado verdadeiro, para prova de fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou de serviço de caráter público, ou qualquer outra vantagem:

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 2 (dois) anos.

§ 2º - Se o crime é praticado com o fim de lucro, aplica-se, além da pena privativa de liberdade, a de multa.

Para a **Falsidade de atestado médico**:

Art. 302 - Dar o médico, no exercício da sua profissão, atestado falso:

Pena - detenção, de 1 (um) mês a 1 (um) ano.

Parágrafo único - Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa.

Por fim, o **Uso de documento falso**:

Art. 304 - Fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados, a que se referem os arts. 297 a 302:

Pena - a cominada à falsificação ou à alteração.

É imperativo entender que os crimes citados são passíveis de serem cometidos seja por médicos ou odontólogos, particulares ou mesmo investidos em cargos públicos, que possam atestar de forma ilegítima, ou ainda em outras situações nas quais a fraude pode advir de terceiros, tais como os seus colaboradores que tenham acesso a receituários, impressos e carimbos, ou até mesmo do próprio paciente, sendo ocorrências passíveis de tipificação e enquadramento numa ou mais das modalidades de crime descritas.

Além de crime, quando comprovado, por parte de quem emite ou falsifica, apresentar atestado médico falso ao empregador, para justificar dias que não foram trabalhados, constitui ato de improbidade e justifica demissão por justa causa, pois constitui falta grave. A infração, que caracteriza ato de improbidade, está prevista na

forma do artigo 482, alínea “a” da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 1943).

Para se atribuir o uso de documento falso (art. 304, CP) ao agente é necessária sua combinação com um dos tipos penais descritos dentre o art. 297 (Falsificação de documento público) e art. 302 (Falsidade de atestado médico), do Código Penal (CP), dependendo do tipo de documento utilizado pelo acusado, a fim de se cominar a devida pena (BRASIL, 2006).

Literalmente, a “falsidade de atestado médico” *a priori* somente poderia ser atribuída ao médico, e em nenhuma hipótese ao odontólogo, pois versa *expressis verbis* no artigo 302 do Estatuto Repressivo o termo “médico”, e não outro, além de se tratarem de profissões distintas, não podendo, desta feita, ser o cirurgião-dentista imputado do delito descrito. No entanto há jurisprudência com entendimento contrário em Acórdão da 1ª Seção Especializada do Tribunal Regional Federal da 2ª Região, que nega provimento aos Embargos Infringentes interpostos por apelantes que objetivavam desconstituir acórdão da 1ª Turma Especializada, que negou provimento às apelações, mantendo as condenações, respectivamente, pela prática do crime previsto no art. 304, do Código Penal (CP), com a pena privativa de liberdade de 1 ano e 3 meses de reclusão e pela prática do crime do art. 299, do CP, com a pena de 1 ano de reclusão. Ora, o enquadramento em questão no art. 304 (uso de documento falso) foi com cominação (com combinação, c/c) ao art. 302 (falsidade de atestado médico), onde o “atestado médico falso” relacionado ao crime em tela, na verdade se tratava de um atestado emitido por um dentista. Obviamente, o atestado emitido, mesmo que por um odontólogo, por seu idêntico efeito produzido, foi sim, considerado um “atestado médico falso”, uma vez que possibilitou a tipificação do crime e enquadramento no artigo 304 do CP, o qual é dependente desta combinação com o art. 302 (BRASIL, 2013a).

Nesta mesma linha de raciocínio, porém em ano anterior e instância inferior, em acórdão de Agravo de Instrumento do Tribunal de Justiça da Bahia, no qual a ementa afirma que, consoante conjunto fático-probatório, o magistrado de primeira instância aplicou a pena de confissão à autora e determinou que fossem remetidos à Delegacia de Polícia o atestado médico e prontuário odontológico, para que a autoridade policial procedesse ao indiciamento desta e do odontólogo, por falsidade de atestado médico e uso de documento falso, a despeito da decisão de segunda instância que deu provimento parcial ao agravo cassando a aplicação da pena de

confissão, não refutou as razões que levaram o douto magistrado ao encaminhamento dos documentos à Delegacia de Polícia e determinar o indiciamento da agravante e do odontólogo. Ademais, cita inclusive julgados do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, nos quais se verificam doutrinas acerca dos Atestados Médicos e a sua Presunção de Veracidade, e em nenhum momento se discutindo ou se questionando o termo “Atestado Médico” sendo aplicado a uma atestação na realidade prescrita por um Odontólogo, e não Médico, tacitamente atribuindo o mesmíssimo valor ao efeito produzido pelo ato da atestação de um estado de saúde, seja por médico, ou cirurgião-dentista, é certo que, guardados os limites de atuação de cada profissão (BRASIL, 2010a).

Parece que as questões de jurisprudência e de hermenêutica devem ser consideradas com mais cautela quanto a celeuma dos “atestados odontológicos falsos” poderem ou não ser tipificados como crime também pelo artigo 302 do Código Penal.

2.20 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID)

A Classificação Internacional de Doenças (CID) foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, que possibilita o registro de morbidades hospitalares e ambulatoriais. Dentre outros benefícios, permite que programas e sistemas possam referenciar, de forma padronizada, as classificações e auxilia a busca de informação diagnóstica para finalidades gerais (BRASIL, 2008a).

Outrossim, a Classificação Internacional de Doenças (CID) é o instrumento estatístico também utilizado na apresentação das tabelas de mortalidade por causas. A primeira classificação de doenças que passou a ter uso internacional foi aprovada em 1893 e, desde então, em intervalos aproximados de dez anos é apresentada e aprovada uma nova revisão. Atualmente está em vigência a 10ª Revisão, conhecida como CID-10. A partir da CID-6, inclusive ela, a responsabilidade passou a ser da Organização Mundial da Saúde. A CID-10 foi aprovada pela Conferência Internacional para a Décima Revisão, em 1989, e

adotada pela Quadragésima Terceira Assembleia Mundial de Saúde para entrar em vigor em 1º de janeiro de 1993. Por várias razões, principalmente de ordem operacional, não foi possível a sua introdução, como prevista, para 1993. Muitos países introduziram-na de 1995 a 1997 e outros o fizeram até o ano 2000. No Brasil foi implantada para uso em mortalidade a partir de 1º de janeiro de 1996 em cumprimento à Portaria GM/MS n.º 1.832/94, publicada no Diário Oficial da União de 3 de novembro de 1994. Uma nova revisão incorpora novas doenças que são descritas; uma doença representada por um só código pode ser desdobrada em dois ou mais; uma doença pode mudar de capítulo, e outras modificações, além de poder haver mudanças nas Regras de Codificação de Mortalidade. Todos esses fatores, geralmente, podem levar a que uma doença ou um capítulo da CID sofra alteração para mais ou para menos, fazendo assim que a tendência de mortalidade por uma doença seja bruscamente alterada com a introdução de uma nova revisão da CID (GRASSI; LAURENTI, 1998).

Estes mesmos autores escolheram algumas doenças que, de outros capítulos, “migraram” para o capítulo de doenças infecciosas e parasitárias, ou outras que saíram desse capítulo. Para o biênio 1996/1997, os casos (atestados de óbito) foram codificados pela CID-9 e CID-10, verificando-se um aumento de 67,9% com o uso da CID-10. Tratando-se dos mesmos casos, verifica-se que esse aumento é devido ao que se chama “artefato estatístico” e não aumento real das doenças infecciosas e parasitárias, ou seja, não configura uma mudança real no padrão epidemiológico (GRASSI; LAURENTI, 1998).

Segundo a OMS (1997), uma classificação de doenças pode ser feita como um sistema de categorias atribuídas a entidades mórbidas segundo algum critério estabelecido. Existem vários eixos possíveis de classificação e aquele que vier a ser selecionado dependerá do uso das estatísticas elaboradas. Uma classificação estatística de doenças precisa incluir todas as entidades mórbidas dentro de um número manuseável de categorias. Adotou-se na 10ª Revisão, conhecida como CID-10, uma lista detalhada de categorias de três caracteres e subcategorias opcionais de quatro caracteres com as Listas Abreviadas de Tabulação para Mortalidade e para Morbidade (Tabela 1).

Tabela 1 - Lista tabular de inclusões e subcategorias de quatro caracteres

Capítulo	Categoria	Descrição
Capítulo I	A00-B99	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias
Capítulo II	C00-D48	Neoplasias (Tumores)
Capítulo III	D50-D89	Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários
Capítulo IV	E00-E90	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
Capítulo V	F00-F99	Transtornos Mentais e Comportamentais
Capítulo VI	G00-G99	Doenças do Sistema Nervoso
Capítulo VII	H00-H59	Doenças do Olho e Anexos
Capítulo VIII	H60-H95	Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide
Capítulo IX	I00-I99	Doenças do Aparelho Circulatório
Capítulo X	J00-J99	Doenças do Aparelho Respiratório
Capítulo XI	K00-K93	Doenças do Aparelho Digestivo
Capítulo XII	L00-L99	Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo
Capítulo XIII	M00-M99	Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
Capítulo XIV	N00-N99	Doenças do Aparelho Geniturinário
Capítulo XV	O00-O99	Gravidez, Parto e Puerpério
Capítulo XVI	P00-P96	Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal
Capítulo XVII	Q00-Q99	Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas
Capítulo XVIII	R00-R99	Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte
Capítulo XIX	S00-T98	Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas
Capítulo XX	V01-Y98	Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade
Capítulo XXI	Z00-Z99	Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde

2.21 ABSENTEÍSMO: A ATESTAÇÃO E A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID)

2.21.1 Absenteísmo Odontológico e a CID

O absenteísmo por causa odontológica foi estudado, por Diacov e Lima (1988), em 701 trabalhadores da prefeitura Municipal de São José dos Campos – São Paulo, onde foram examinados os atestados odontológicos emitidos no período de 1981 a 1984, e se avaliaram as seguintes variáveis: sexo, faixa etária e função (burocrática ou não). Os dados obtidos foram analisados estatisticamente através da

análise quantitativa (comparação entre proporções), e as conclusões foram: 1- o maior índice de absenteísmo por causa odontológica ocorreu na faixa etária compreendida entre 20 e 30 anos (incompletos); 2- o maior índice de absenteísmo por causa odontológica ocorreu nos trabalhadores do sexo masculino; 3- à medida que aumentou a faixa etária diminui o índice de absenteísmo por causa odontológica; 4- o maior índice de absenteísmo por causa odontológica ocorreu nos trabalhadores com função burocrática.

Seguindo a mesma linha de pesquisa, Lima (2001) comparou o absenteísmo por causa odontológica por meio de 701 atestados odontológicos emitidos para trabalhadores da prefeitura Municipal de São José dos Campos – São Paulo e 1.073 atestados odontológicos de segurados do Instituto Nacional de Previdência Social - INAMPS - Regional de São José dos Campos, utilizando-se das mesmas variáveis do estudo anterior: sexo, faixa etária e função (burocrática ou não). Concluiu que houve uma diferença estatisticamente significativa, ao nível de 5%, quando consideraram o gênero masculino em relação à faixa etária de 10 a 20 anos. Nas demais faixas etárias, em ambos os gêneros, não se verificou uma diferença entre proporções estatisticamente significativa.

Com o objetivo de subsidiar a reavaliação, quiçá implementar novas medidas políticas e práticas de saúde, Mazilli em 2004 se propôs a pesquisar indicadores da prevalência, da incidência do absenteísmo e do tempo médio de afastamento do trabalho por motivos odontológicos, segundo a sua etiologia. A fundamentação teórica necessária ao objetivo proposto apoiou-se em uma revista da literatura que partiu do absenteísmo em seu conceito mais amplo até alcançar as questões relacionadas ao absenteísmo por motivo de saúde e neste, em particular, aquele de origem odontológica. Em sua parte experimental o trabalho utilizou metodologia de pesquisa quantitativa em dados secundários advindos dos registros de perícias ocupacionais administrativas então realizadas. Buscou investigar a prevalência, a incidência e o tempo médio de afastamento do trabalho, segundo as variáveis de interesse para a área de saúde, realizada por grupo nosológico e de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, então em vigor, a CID-10 – OMS, 1994. Assim, os seus resultados indicaram maior prevalência do gênero feminino, média etária de 42,2 anos — mínima de 20 e máxima de 69 anos —, com desvio padrão de 9,2 e coeficiente de variação de 21%. Observou, no estudo de proporções, maior frequência na faixa etária de 20 a 29

anos, e menor frequência na faixa etária de 60 a 69 anos. Apurou, como medida de tendência central, um tempo médio por afastamento de 5,4 dias, com desvio padrão de 5,3 e coeficiente de variação de 97%: mínimo 0 (negado o pedido) e máximo de 60 dias. Segundo a frequência, os 5 primeiros motivos foram: 1) exodontias por via alveolar (24,94%); 2) doenças da polpa e tecidos periapicais (17,81%); 3) doenças Periodontais (10,75%); 4) transtornos das articulações temporomandibulares (7,68%); 5) exodontias de inclusos ou impactados (6,88%). Quanto ao peso participativo no total de dias de afastamento, observou como principal causa os transtornos das articulações temporomandibulares, com 17,12%.

Conhecer as causas odontológicas relacionadas com o absenteísmo em empresas é importante para o planejamento da produtividade e a valorização da saúde nos aspectos gerais e bucais. Assim, foram coletados dados referentes aos trabalhadores, tipo de patologia e tempo de absenteísmo em uma unidade da Cooperativa de Produtores Rurais de Minas Gerais. Os dados foram analisados bioestatisticamente, caracterizando a amostra com nível de significância considerado de 5%. As principais causas de absenteísmo odontológico foram: exodontia, dor de dente e doença gengival. O absenteísmo foi maior no gênero masculino, idade entre 18 e 25 anos, com 1º grau científico, trabalhando no setor de produção. Houve associação positiva ($p < 0,05$) entre a patologia doença gengival e escolaridade e entre exodontia e gênero (CARVALHO et al., 2007).

A Odontologia do Trabalho tem como objetivo a manutenção, preservação da saúde geral do trabalhador e, conseqüentemente, também sua qualidade de vida. A redução de custos, o aumento de produtividade, a diminuição do absenteísmo e a melhora no clima organizacional são benefícios que serão previstos quando da inclusão de um programa de promoção de saúde bucal para a empresa. De tal forma que esta pesquisa teve como objetivo a Identificação das principais causas odontológicas do absenteísmo. Assim, foram coletados dados em uma empresa agropecuária com uso de questionário, e os mesmos submetidos à análise bioestatística objetivando uma caracterização da amostra. Esta análise permitiu observar que 33% dos indivíduos da amostra apresentaram absenteísmo ao trabalho por causas odontológicas. As principais causas foram: consulta de tratamento, doença gengival e confecção de prótese (COELHO et al., 2010).

Com o objetivo de comparar o uso das codificações da classificação de doenças e seus agravos em solicitações de afastamento do trabalho por motivo

odontológico, foram analisadas 240 solicitações emitidas em um serviço público federal entre janeiro de 2008 e dezembro de 2009. O uso da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10) foi comparado ao sistema de Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia (CID-OE). Foi determinada a especificidade da codificação nas solicitações de afastamento, bem como da codificação atribuída por peritos oficiais em inspeções indiretas, perícias e juntas odontológicas. Do total de atestados, 22,9% não apresentaram a CID, 7,1% apresentaram a CID-9, 3,3% a CID-OE e 66,7% a CID-10. A maioria das codificações foi concordante (55,1%), com maior especificidade nas codificações atribuídas após avaliação dos cirurgiões-dentistas peritos oficiais (TOGNA et al., 2011).

Um estudo foi realizado na Unidade do SIASS/UFBA (Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor / Universidade Federal da Bahia) com o objetivo de identificar e conhecer as principais doenças odontológicas responsáveis pelo absenteísmo entre os servidores públicos federais submetidos à Perícia Oficial Odontológica, no período de março de 2010 a março de 2013, além da relação com as variáveis: sexo, faixa etária e ano de perícia. Os dados coletados através do *software* do SIASS, por frequência simples, indicaram 508 afastamentos do trabalho, que corresponderam a 366 afastamentos por atestados de curta duração e 142 afastamentos por Perícia Oficial Odontológica, com maior prevalência para o ano de 2012. Destes, foi observado que o código da CID-10 K08.1 foi o mais prevalente, seguido do Z96.5 e K06.9. O maior percentual de afastamento foi do sexo feminino e a faixa etária entre 41 a 60 anos de idade. Os resultados encontrados refletem a necessidade de medidas preventivas e assistenciais, no âmbito da saúde bucal, voltadas aos trabalhadores, pois, além do sofrimento individual devido ao agravamento dos problemas de saúde bucal, há também, a interferência em seu processo e desempenho laboral (CRUZ et al., 2013).

2.21.2 Absenteísmo Médico e a CID

Um estudo descritivo sobre o absenteísmo-doença entre os trabalhadores de um hospital de grande porte especializado em atendimento de urgência e

emergência de Belo Horizonte teve como fulcro analisar o absenteísmo-doença abordando a prevalência, motivo (CID-10), tempo de afastamento e risco por categoria profissional. As categorias profissionais analisadas foram: serviços de apoio, auxiliares administrativos, enfermagem e medicina. O índice de absenteísmo-doença no hospital foi de 2,06. A chance de ocorrência de licenças médicas por profissional é 4,7. Este índice foi influenciado pela alta razão prevalente apresentada pela enfermagem (8,48). Os principais motivos de licenças médicas são doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14,68%), fatores que influenciam o estado de saúde (13,59%) e doenças do aparelho respiratório (13,32%) (ALVES et al., 2006).

O afastamento do trabalho por doença é um fenômeno crescente e preocupante, tanto pelos custos diretos e indiretos que representam para a sociedade, quanto pelos danos que afligem ao trabalhador e à sua família em razão do adoecimento. Muitos países têm procurado compreender esse fenômeno a fim de implantar políticas de melhoria da qualidade de vida e saúde no trabalho. No Brasil, esse tema tem sido pouco investigado entre servidores públicos, predominando os estudos na área da saúde e das universidades. A imagem estereotipada do servidor público como fraudador de licenças médicas, por vezes, ofusca o verdadeiro significado do processo adoecimento-afastamento do trabalho, ditando políticas de concessão de benefícios com base nas exceções. O este estudo investigou a tendência temporal das taxas de afastamento do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos das Secretarias de Estado da Saúde (SES) e da Administração (SEA) do Estado de Santa Catarina (1995-2005). Os dados foram obtidos do Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos da SEA. Foram relacionados os afastamentos segundo variáveis demográficas e sociais, regiões do Estado, variáveis relativas ao trabalho e diagnóstico, conforme capítulos da CID-10. Analisaram-se 40.370 afastamentos, cuja distribuição ocorreu com maior frequência nos grupos de servidores do gênero feminino; entre 41 a 50 anos, no ensino médio, em ocupações menos qualificadas, com até 14 anos de tempo de serviço, em indivíduos de cor branca; naqueles com salários de 3,1 a 6 salários mínimos, nos da área da saúde e da região da Grande Florianópolis, e nos casados. As taxas de afastamento foram mais elevadas na SES, cuja tendência foi de decréscimo para ambas as secretarias (SEA $p=0,016$; SES $p=0,032$), considerados ambos os sexos. Concomitante ao declínio das taxas, verificou-se o aumento da média de dias

concedidos de licença. As taxas foram maiores para o sexo feminino em ambas as secretarias e, excetuando a SEA, em que a tendência foi de estabilidade para o sexo feminino ($p=0,458$), as demais apresentaram tendência de decréscimo. Sobressaíram-se os grupos de transtornos mentais e doenças do sistema osteomuscular dentre as maiores taxas de doenças identificadas, segundo os capítulos da CID-10 (CUNHA, 2007).

Andrade et al., em 2008, determinaram a prevalência e as principais causas de absenteísmo entre os servidores públicos municipais de Vitória, Espírito Santo, realizando um estudo transversal com uma amostra composta por 400 indivíduos os quais foram aleatoriamente selecionados entre os funcionários cadastrados no Departamento de Medicina do Trabalho da Prefeitura Municipal. A coleta de dados foi feita por meio de fichas padronizadas a partir das informações contidas nos prontuários dos participantes. Foram coletados dados sócio demográficos, informações referentes ao número de atestados médicos, número de dias afastados e motivos dos afastamentos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças. A maioria dos servidores (76,75%) apresentava vínculo efetivo com a instituição e possuía até cinco anos de trabalho (40,25%). Observou-se uma alta prevalência de absenteísmo (75,25%), principalmente por doenças respiratórias (35,79%) sendo que as neoplasias e a diabetes foram as doenças que apresentaram maiores medianas de dias afastados (19 e 19, respectivamente). As mulheres apresentaram mais atestados, sendo a relação entre a presença de atestados e sexo estatisticamente significativa ($p=0,043$). Foi verificada associação estatisticamente significativa ($p=0,015$) entre o número de dias ausentes e os anos de trabalho, sendo os indivíduos entre 16 e 20 anos de idade os que apresentaram maior mediana de número de dias afastados. Concluíram que houve uma alta prevalência de absenteísmo, ressaltando a importância de investimentos para a promoção e proteção da saúde do trabalhador.

Com o objetivo de estudar o perfil do absenteísmo em uma empresa bancária estatal e estimar a prevalência de afastamentos pelas doenças que mais acometeram seus trabalhadores, foi realizado um estudo transversal, descritivo e quantitativo abordando absenteísmo e prevalência de causas de afastamento em um banco estatal no estado de Minas Gerais, no período de 1998 a 2003. Os índices de absenteísmo apresentaram distribuição heterogênea, estando em queda no período estudado, exceto a taxa de frequência, devido a modificações nos números que

compõem seus numeradores e denominadores. As prevalências das doenças osteomusculares e dos distúrbios mentais e comportamentais foram 33,25 e 22,21 afastamentos por 1.000 trabalhadores, respectivamente. Houve predomínio de afastamentos de trabalhadores do sexo feminino, com idade entre 40 e 49 anos de idade, com tempo de empresa superior a 21 anos e com funções com menores valores de remuneração. O estudo indicou que as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo que antes predominavam na empresa entraram em queda. Houve também ascensão dos distúrbios mentais e comportamentais, indicando possível mudança no perfil de adoecimento. Mais estudos são necessários para a explicação dos resultados observados (SILVA et al., 2008).

Santos e Mattos (2010) analisaram as licenças para tratamento de saúde (LTS) concedidas a servidores da Prefeitura de Porto Alegre, RS, Brasil, onde as informações foram fornecidas pela Gerência de Saúde do Servidor Municipal (GSSM). Foram analisadas LTS ≥ 15 dias concedidas aos servidores no período de 1º de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2005, as quais somaram 14.779. Em 2004, foram concedidas 6.522 licenças a 1.963 servidores, a uma razão de 3,3 LTS por servidor; em 2005, a concessão foi de 8.257 LTS para 2.262 servidores, a uma razão de 3,6. Considerando uma significância de 5%, foi observada uma diferença entre as proporções de licenças ≥ 15 dias concedidas em 2004 e em 2005. No período, foram perdidos 311.721 dias de trabalho. A taxa de absentismo-doença foi de 3,9% em 2004 e de 3,7% em 2005. Os transtornos mentais foram as doenças que mais afastaram os servidores, com uma proporção de 39,59%. A secretaria com maior índice de absentismo-doença no período foi a Secretaria Municipal de Esportes.

Um estudo descritivo, exploratório e quantitativo, teve como objetivo identificar as principais causas de absenteísmo por tipo de afastamento do servidor público da Prefeitura Municipal de Curitiba no ano de 2009, estabelecer e estudar os índices de absenteísmo-doença, e a prevalência dos afastamentos por doença que mais motivaram o absenteísmo entre os servidores, apresentadas no período de 01/01/2009 à 31/12/2009. Adotou-se as recomendações do Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional, abordando o índice de absenteísmo e duração média das ausências, além de analisar as causas mais frequentes de afastamento. O universo de pesquisa compôs-se de 32.447 servidores e a amostra utilizada para estudos compôs-se de 17.826 servidores que se

afastaram para tratamento de sua própria saúde, totalizando 444.957 dias perdidos e a duração média de afastamento de 7,2 dias, e o índice geral de absenteísmo de 5,19. A coleta de dados ocorreu mediante consulta ao Sistema de Informação em Saúde Ocupacional do Departamento de Saúde Ocupacional da PMC. O perfil do absenteísmo-doença as principais causas de afastamento foram os Transtornos Mentais e Comportamentais, as doenças Osteomusculares e do Tecido Conjuntivo, as doenças do Aparelho Respiratório e Traumatismos (MARGRHRF; SILVA, 2010).

Os transtornos mentais (TMs) constituem causa frequente de consultas médicas, internações e afastamentos na atualidade. Os TMs geram absenteísmo e afastamentos prolongados das atividades laborativas, sendo de grande interesse o estudo dessas patologias. O presente estudo visou demonstrar os indicadores de absenteísmo por transtornos mentais entre os servidores públicos do estado de São Paulo, no período de 2003 a 2006. Os indicadores de absenteísmo foram estudados no período de 2003 a 2006, a partir de dados provenientes do Departamento de Perícias Médicas do Estado (DPME) e da Unidade Central de Recursos Humanos (UCRH). O DPME forneceu dados de frequência e causas de licenças médicas, enquanto os dados relativos ao número de servidores foram fornecidos pelo UCRH. A amostra incluiu servidores estatutários de todos os órgãos vinculados às Secretarias de Estado. Foram excluídos servidores com vínculo pela Consolidação das Leis do Trabalho das Secretarias, Autarquias e Autarquias Especiais, funcionários das Fundações e das empresas terceirizadas, já que o afastamento médico deles não é registrado pelo DPME. A população estudada variou de 422.820 a 434.676 servidores. Foram considerados os seguintes diagnósticos do capítulo V da CID-10: transtornos mentais devidos ao uso de álcool (CID F10), transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de drogas e outras substâncias psicoativas (F11 a F16) e episódios depressivos (CIDs F32.0 a F32.9) (CRUZ et al., 2011).

Outra pesquisa teve como objetivo a descrição da casuística do absenteísmo temporário entre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) nos anos de 2006 e 2009 no município de Amparo/SP. Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado a partir da coleta dos dados de licenças para tratamento de saúde registrados no Núcleo de Saúde do Servidor Municipal (NSSM) do município, nos anos de 2006 e 2009. São analisados apenas os afastamentos por licença para tratamento de saúde (LTS) iguais ou superiores a três dias, já que

até dois dias o fluxo da Secretaria de Saúde não pressupõe encaminhamento e avaliação do servidor pelo médico do trabalho. Em 2006, o número de profissionais que atuavam na APS era de 229, e de 240 em 2009. Foram analisados os afastamentos segundo sexo, faixa etária, tempo de serviço, cargo ou função. O total de afastamentos somando-se os dois anos foi de 149 atestados médicos e o número de dias perdidos foi de 1.634 dias. Quanto às ocupações profissionais, o maior índice de absenteísmo no ano de 2006 foi entre os dentistas, seguido dos auxiliares de serviços. Já em 2009, os enfermeiros corresponderam ao maior índice, seguido dos auxiliares de serviços novamente. A principal causa das licenças foi relacionada com as doenças mentais, Capítulo V da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (DIMARZIO, 2011).

O absenteísmo na enfermagem é um problema muito preocupante, pois interfere no cuidado ao doente, sobrecarrega os demais integrantes da equipe podendo levar ao adoecimento. Objetivou-se neste estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa realizado em um Serviço de Enfermagem em dezembro de 2010, identificar e analisar as causas de absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem do serviço de internação através de auditoria em fichas de afastamentos não programados. A amostra foi composta pelas fichas cadastrais dos meses de janeiro a dezembro de 2009. Foram analisados dados referentes ao sexo e causas mais comuns de absenteísmo. Constatou-se a predominância do absenteísmo no sexo feminino (72,86%), sendo os motivos mais frequentes das licenças médicas, os relacionados ao sistema osteomuscular (20,63%) (FERREIRA et al., 2011).

Em busca também de respostas acerca do absenteísmo médico, Leão et al. (2011) realizaram um estudo descritivo de série temporal, composto por todos os servidores pertencentes ao quadro do regime jurídico único do Município de Goiânia, que se ausentaram do trabalho por um período superior a 3 dias por motivo de doença entre os anos de 2005 a 2010, excluindo-se as licenças maternidade e de acompanhamento. O banco de dados desse estudo foi construído a partir de dados secundários extraídos de dois outros bancos de dados. O primeiro deles foi o Livro de Registro das Perícias Médicas e em seguida, um banco de dados digital do Sistema de Recursos Humanos. Os afastamentos foram relacionados com as seguintes variáveis: gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, cor, renda, moradia, tempo de serviço, secretaria de lotação, função e categoria profissional. Os

dados foram tratados estatisticamente, por meio de análise descritiva e inferencial, utilizando o programa computacional SPSS versão 15.0 com nível de significância estabelecido em 5%. Analisaram-se 40.578 afastamentos em 14.484 servidores, sendo 79% para tratamento clínico, 19% cirúrgico e 2% por acidente de trabalho, que geraram 944.722 dias de ausência, cuja distribuição ocorreu com maior frequência nos seguintes grupos: mulheres, estado civil casado, cor branca, renda média R\$ 930,00, moradia própria, faixa etária de 31 a 50 anos, com até 10 anos de serviço público, ensino superior, exercendo funções predominantemente de natureza operacional, lotados na secretaria de educação e de saúde. A principal causa de adoecimento foi por transtornos mentais e comportamentais seguidas pelas doenças do sistema osteomuscular. Os indicadores de absenteísmo do período foram respectivamente: índice de frequência= 0,32; índice de gravidade= 7,63; duração média das ausências= 23 dias; percentual de absenteísmo 3%.

Verificar e analisar as ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de adultos (PSA) de um hospital universitário, foi o objetivo de Fakihi et al., em 2012. Neste estudo de abordagem quantitativa, observacional e prospectivo, realizado de janeiro a dezembro de 2009, envolvendo os colaboradores de enfermagem de um PSA, com média, 96,8 colaboradores por mês, as ausências previstas corresponderam a 30,1% dos dias de trabalho, já a taxa de absenteísmo foi de 11,7%. Houve maior incidência de ausências não previstas no período de maio (15,3%) e agosto (13,3%). Houve correlação entre as variáveis: categoria profissional; vínculo empregatício e turno de trabalho e a distribuição das ausências previstas e não previstas. O absenteísmo foi considerado elevado e motivado, sobretudo, pelas licenças para tratamento de saúde superiores a 15 dias.

Neste mesmo padrão de população amostral, realizou-se uma pesquisa documental, retrospectiva de fonte secundária, que adotou uma abordagem quantitativa descritiva-exploratória. A partir da constatação de altos índices de absenteísmo nas unidades hospitalares, despertou-se o interesse em estudar os custos diretos das doenças ocupacionais que levam aos afastamentos e seu impacto econômico para o orçamento de recursos humanos de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Neste contexto, definiu-se como objeto de estudo, o impacto econômico do absenteísmo por motivo de doença na equipe de enfermagem e, como objetivos: identificar as causas prevalentes de afastamentos no hospital universitário, de acordo com Classificação Internacional de Doenças e

Problemas Relacionados a Saúde (CID-10); estimar os custos diretos mínimos das doenças que afastaram o trabalhador de enfermagem; estimar o custo real aproximado do absenteísmo relacionado a 1 (um) dia de trabalho prestado pelos trabalhadores de enfermagem, com projeção de 1 (um) mês e 1(um) ano numa visão operacional do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi utilizada uma amostra estratificada de prontuários dos profissionais de saúde da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), a partir do seguinte critério de inclusão: profissionais de enfermagem concursados com afastamento no ano de 2010 e com diagnóstico médico determinante do afastamento definido claramente. Para a coleta das informações foi feita a apreciação dos documentos arquivados no Serviço de Saúde do Trabalhador do hospital estudado e contou com a apreciação de especialistas médicos relativos aos grupos de diagnósticos estudados, orientados por roteiros criados pela pesquisadora. Dentre os resultados obtidos tiveram destaque para as seguintes causas de afastamento, respectivamente, às doenças do sistema osteomuscular, os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde, os transtornos mentais e comportamentais, as lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas e, as doenças do sistema circulatório, que representaram um custo estimado aproximado de R\$ 2,6 milhões. Pôde-se constatar que o impacto econômico do absenteísmo decorrentes dos agravos à saúde para o orçamento de recursos humanos do hospital universitário foi de aproximadamente 2,7%. O custo real aproximado do absenteísmo da enfermagem por dia foi avaliado em R\$ 92,50, tendo projeção mensal de R\$ 2.775,00 e anual de R\$ 33.300,00. Recomenda-se avaliar o absenteísmo dos profissionais regularmente para identificar as causas reais do absenteísmo por doença, a fim de definir metas para os programas de intervenção à saúde dos trabalhadores e promover uma Gestão participativa que favoreça uma análise do processo de trabalho no que concerne o atendimento das necessidades de saúde e operacionais da força de trabalho, determinantes do absenteísmo (PINHEIRO, 2012).

Com o objetivo de determinar indicadores do absenteísmo por licença médica (LM) em trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo, identificando as patologias associadas, foi realizado um trabalho que descreve resultados de estudo coorte retrospectivo com 782 trabalhadores de uma empresa de petróleo no período de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2009. Como

resultado, 542 trabalhadores tiveram eventos de faltas ao trabalho que geraram licença médica. Registrou-se 3,3 episódios de LM por trabalhador e 69,3% dos trabalhadores tiveram pelo menos um episódio de LM. Os episódios de LM duraram em média 6,6 dias, com desvio padrão de 9,8 dias. A maior proporção de episódios de absenteísmo por LM deveu-se às doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo. Dezesseis dentre os 782 trabalhadores apresentaram 17 episódios de LM associadas ao trabalho (acidente típico, de trajeto e doença ocupacional). O estudo ratificou a importância do afastamento por doenças do sistema osteomuscular e o impacto das doenças ocupacionais no absenteísmo por licença médica, detectando índices semelhantes ao da literatura, numa população pouco explorada do ponto de vista epidemiológico (OENNING et al., 2012).

O trabalho está relacionado com as atividades humanas e é um processo que está em constante mudança. Com o objetivo de analisar o absenteísmo por doença em trabalhadores de uma indústria de peças e componentes automotivos de Curitiba-PR, foi realizado um estudo prospectivo de abordagem quantitativa e descritiva por meio da coleta de dados dos atestados médicos apresentados ao serviço de saúde ocupacional da indústria, em agosto e setembro de 2011. Foram analisados 378 atestados médicos que continham CID-10. Os diagnósticos mais frequentes, representando 17,72%, foram os relacionados com doenças do aparelho respiratório, seguido pelas doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (15,61%). Os grupos com maior incidência de absenteísmo foram homens com idade de 18 a 29 anos, atuantes no período matutino, no cargo de operadores de produção, com ensino médio completo, com tempo de trabalho na indústria entre zero a seis meses. Quanto aos dias de absenteísmo, destacaram-se as segundas-feiras representando 25,4%, seguidas das sextas-feiras com 18,8%. Quanto ao período de afastamento por doença, 62% dos atestados médicos apresentados corresponderam a um dia de afastamento. Sugere-se que novos estudos específicos na indústria podem detectar problemas causais específicos de cada indivíduo e de caráter motivacional (HEY et al., 2013).

O absenteísmo laboral é um problema significativo e é observado em termos de gerenciamento de Recursos Humanos. Dado a importância das práticas pessoais, que é esperada em cada organização, o papel de cada colaborador nesse sistema e a sua ausência, bem como a importância do descanso e o tempo rápido de recuperação dos funcionários e custos previstos para os seus dias de trabalho

perdido, este trabalho teve como objetivo determinar a extensão e as causas do absenteísmo médico (ausência ao trabalho por motivo de doença) na equipe de chefia da Universidade de Ciências Médicas de Mazandaran, uma das 30 províncias do Irã. Assim, este estudo descritivo e transversal foi realizado em 2010, analisando o absenteísmo médico (ausência ao trabalho por motivo de doença). A população pesquisada incluiu todos os registros de funcionários que trabalhavam em departamentos centrais da Universidade de Ciências Médicas de Mazandaran. Não houve amostragem devido à importância da questão. As variáveis estudadas foram idade, sexo, situação de emprego, educação dos funcionários, nome da doença, especialidade médica na emissão do atestado médico, referência do problema e departamento, posição do empregado, o número de dias de ausência, número de faltas, número de dias de férias anuais. Os dados foram colhidos através de um questionário e analisados por estatística descritiva. Com base nos resultados, 1.200 funcionários da organização foram selecionados devido à questão doença, nos quais 957 (79,7%) deles foram estudados. A média de idade para os funcionários foi de 39 anos, ± 7 . Além disso, a média total de dias de licença por doença e total de dias de afastamento foram 2 ± 1 e 2.571, respectivamente. Desta forma, 40,8% (390 empregados) eram do sexo masculino e o restante do sexo feminino. Além disso, 18,3% dos afastamentos foram emitidos para os solteiros e o restante foi para os funcionários casados. Em relação à escolaridade dos funcionários, 2% tinham nível primário, 11,3% nível secundário, 7,8% nível superior, 47,6% bacharelado, 14,6% mestrado e 15,85 % tinha doutorado. Considerando a sua posição, 65%, 30,3%, 2,5% e 1,8%, eram especialistas, outros, chefes e diretores, respectivamente. Além disso, a situação de trabalho indicou que 62,3%, 18,1%, 16,8% e 2,8% dos funcionários eram empregados na forma de contrato formal, de curto prazo, contrato de longo prazo e de outras formas, respectivamente. Entre as doenças respiratórias, 115 pessoas ficaram resfriadas e 97 foram infectados com a gripe. A prevalência de outras doenças foi a seguinte: dor no pescoço e nas costas, entre as doenças ósseas (118 indivíduos), febre e dor de cabeça como sintomas (71 indivíduos) e, diarreia e vômitos entre as doenças infecciosas (88 pessoas). De acordo com os resultados, devido à natureza do trabalho da equipe, problemas físicos, que são causados por trabalhos mentais, bem como de baixa mobilidade, apresentam tendência a aumentar entre os funcionários. Claro que, praticar ações ergonômicas, dedicando algumas horas em forma de pausa para exercício laboral, pode ser eficaz

neste sentido. A fim de tratar outras doenças, outras pesquisas mais amplas são necessárias, com uma concentração em razões exatas do absenteísmo (SARAVI et al., 2013).

Nas últimas décadas o *telemarketing* tem sido um setor de grande importância econômica e é responsável por gerar empregos para uma população jovem, com nível de escolaridade médio e sem experiência profissional. Por um outro lado, a avaliação dos afastamentos de curta duração pode fornecer informações a respeito do perfil de saúde e padrão de adoecimento de trabalhadores, além de que as ausências do trabalho por doença causam impactos econômicos e sociais. Assim, um levantamento de dados sobre absenteísmo-doença de curto prazo, e a discussão sobre o perfil dos trabalhadores que solicitaram o abono remunerado, foi realizado em uma empresa de teleatendimento na cidade de São Paulo, num estudo descritivo de corte transversal. Não houve na descrição dos resultados distinção entre causas médicas ou odontológicas nas justificativas dos afastamentos, muito embora a prevalência dominante tenha se dado na primeira modalidade, tampouco se especificou codificação segundo a CID-10 das patologias encontradas. Foram convidados a participar operadores de *telemarketing* que apresentaram atestados médicos com duração de até 15 dias entregues no serviço médico da empresa entre abril e maio de 2013. Foram levantadas questões sócio demográficas e ocupacionais. Procedeu-se com avaliação clínica e exame físico específico, direcionados à queixa que motivou o atestado. Fizeram parte da amostra 68 participantes, sendo que 66 aceitaram participar. Foi observada uma predominância de afastamentos entre funcionários do sexo feminino (87,9%), da faixa etária entre 18 e 25 anos (48,5%) e com até 1 ano de empresa (50%). Mais da metade (82%) já havia entregue atestado médico no último ano. Dentre os motivos de adoecimento, os mais incidentes foram conjuntivites (30,30%), traumas (10,61%), cirurgias (9,09%) e extração dentária (4,55%). Em 18% dos casos havia desacordo entre queixa e diagnóstico descrito no atestado. A terça parte dos trabalhadores (33%) associou seu adoecimento ao trabalho. Foram feitas sugestões de melhora da higiene do posto de trabalho, melhor controle da temperatura e redução da carga de trabalho. Conclui-se que avaliações sistemáticas de perfil epidemiológico do adoecimento da população trabalhadora auxiliam no direcionamento de ações de proteção da saúde. Um gerenciamento

adequado dos fatores de risco poderia auxiliar na prevenção de quadros de longa duração (BALASTEGHIN et al., 2014).

2.21.3 Absenteísmo Odontológico e Médico, e a CID

O absenteísmo é um assunto de interesse crescente devido ao atual contexto econômico de competitividade, que faz com que as empresas procurem meios para diminuir sua ocorrência, aumentando a rentabilidade e com isso crescendo de forma sustentada. Procurou-se estudar o absenteísmo por razões odontológicas e médicas, nos serviços público e privado, analisando se a idade, o sexo e a função do trabalhador, além do regime empregatício, interferem na sua ocorrência. Desenvolveu-se o estudo na prefeitura do município de Araçatuba, São Paulo, Brasil, e em uma indústria acrílica. Para a coleta dos dados, analisaram-se todos os atestados odontológicos e médicos, que deram entrada nas empresas no período de janeiro a junho de 2002 e as listagens dos trabalhadores. Verificou-se que as faltas por motivos odontológicos tiveram pouco peso sobre o total de faltas por motivo de doença, além de provocarem o afastamento do trabalhador por um período menor. As variáveis, idade, sexo, função e regime empregatício influenciaram na ocorrência do absenteísmo ao trabalho. O Índice de gravidade na empresa pública foi de 1,43 e na empresa privada de 1,07. O Índice de frequência na empresa pública foi de 0,38 e na empresa privada de 0,50. Duração média das ausências na empresa pública foi de 3,82 e na empresa privada de 2,13. A disponibilidade dessas informações é muito importante, pois, visto as inúmeras variáveis envolvidas, facilitam a tomada de decisões das distintas estratégias para sua prevenção (MARTINS et al., 2005). Aqui abre-se parêntese para importantes definições de relações padronizadas para a análise e comparações do absenteísmo. Onde a relação entre o número de dias perdidos e o número de empregados determina a duração das faltas, ou seja, o número de dias perdidos por empregado, sendo definido como o **Índice de gravidade**. Assim, a relação entre o número de períodos de afastamento (o número de ausências) e o número de empregados, ou seja, o número de faltas por empregado, define o **Índice de frequência**. Já, a relação entre o número de dias perdidos e o número de períodos de afastamento (o

número de ausências), conceitua a **Duração média das ausências** (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

O absenteísmo é o estudo de todas as ausências ao trabalho e essas ausências criam diversos problemas, de ordem econômica e social. O este estudo tem por finalidade avaliar o absenteísmo odontológico e médico por intermédio de uma análise descritiva feita a partir de um levantamento de dados dos atestados odontológicos e médicos emitidos no ano de 2005, em uma empresa do ramo frigorífico do Estado do Paraná. Foram avaliados 8.728 atestados de origem médica e odontológica, que continham data de emissão do atestado, número de dias de afastamento, CID, nome do médico ou cirurgião dentista, número de inscrição nos respectivos conselhos de classe, posto de trabalho e matrícula do trabalhador. A idade, o sexo e outras informações necessárias foram obtidos nas respectivas fichas clínicas do trabalhador. Os principais resultados encontrados foram: 97,64% de atestados médicos e 1,51% de atestados odontológicos. Apesar dos casos médicos dominarem o cenário dos atestados na indústria frigorífica, as patologias de origem bucal têm importante participação no afastamento do trabalho no setor. Recomenda-se, com base nos levantamentos realizados, a criação de um serviço de odontologia ocupacional, ou melhor, a inserção da odontologia ocupacional na equipe multidisciplinar de saúde e segurança das empresas, pois, se a finalidade desse serviço é a promoção da saúde do trabalhador, a saúde bucal não pode ficar à parte (HITO, 2007).

O estudo do absenteísmo no âmbito da administração pública busca novas práticas para as políticas de recursos humanos, que permanecem observadoras dos altos índices na força de trabalho. Nesta pesquisa visou-se identificar as causas que levaram ao afastamento os membros da equipe de saúde bucal de um município paulista. A amostra foi composta por 60 indivíduos, sendo 32 cirurgiões-dentistas (CD) e 28 auxiliares de saúde bucal (ASB). A metodologia aplicada foi o levantamento de dados em arquivo dos atestados de saúde, tanto médicos, quanto odontológicos, e as variáveis analisadas foram: indivíduo, gênero, natureza do atestado, dias de afastamento, horas de afastamento, mês, ano e CID (Classificação Internacional de Doenças). O período escolhido foi de 2006 à 2008. Os dados mostraram que o absenteísmo no serviço público se deu mais frequentemente por causas médicas, num percentual de 95,71%, contra um índice de 4,29% de atestações odontológicas, o gênero masculino apresentou mais atestados e a maior

parte dos afastamentos teve a duração de um dia. Alguns indivíduos se ausentaram mais que a maioria dos profissionais e houve uma diversidade muito grande das CIDs anotadas, porém as mais prevalentes entre os CDs foram as doenças musculoesqueléticas e entre os ASB as doenças do aparelho respiratório (ESTEVAN, 2009).

O absenteísmo é uma questão de interesse crescente devido à atual competitividade econômica e leva as empresas a procurar meios para minimizar a sua ocorrência, a fim de aumentar a rentabilidade e produtividade. Identificar os principais fatores envolvidos no absentismo médico e odontológico em uma indústria de móveis na cidade de Itatiba, SP, Brasil, entre 2005 e 2008, foi o objetivo deste estudo transversal descritivo em que todos os atestados médicos e odontológicos dos trabalhadores, emitidos entre janeiro de 2005 e dezembro de 2008, foram revisados. A coleta de dados foi realizada na indústria e as variáveis dos atestados médicos e odontológicos foram: atividade, data do atestado (ano e mês), Classificação Internacional de Doenças (CID), a duração do absenteísmo (horas), o tipo de atestado (médico ou odontológico), as variações de declaração e completude. Os questionários foram aplicados a todos os trabalhadores da indústria, sem critérios de exclusão para o perfil demográfico, usando as variáveis com foco em gênero, idade e nível de escolaridade. Como resultado, 111 (65,2%) trabalhadores responderam ao questionário, dos quais 84,6% deles eram homens, com idade média de 31,4 anos. O nível de escolaridade da maioria dos funcionários foi o ensino médio (53,2%). Assim, 943 atestados foram analisados, sendo 775 (82,2%) médicos e 168 (17,8%) atestados odontológicos. A única CID encontrada nos atestados odontológicos foi K 525-8, que refere-se a "outras doenças e transtornos dos dentes e estruturas de suporte". A perda de tempo de trabalho foi de 7.098,5 horas, ou 887,3 dias, considerando uma jornada de trabalho de 8 horas diárias. Houve uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) entre a duração da ausência e causa. O absenteísmo na indústria de móveis foi mais frequente devido à atestação médica que à odontológica. Havia vários atestados nos quais faltaram os códigos da CID. Mostrou-se que o número de horas de trabalho perdidas devido a problemas médicos e odontológicos é um fator econômico significativo (MACEDO; QUELUZ, 2010).

Um levantamento epidemiológico das doenças de origem médica e odontológica de servidores públicos municipais de uma cidade do interior paulista foi

realizado com o intuito de relacioná-las ao absenteísmo. Uma amostra de 340 prontuários funcionais de um quadro de 973 servidores, foi submetida a uma avaliação transversal retrospectiva de 11 anos e 5 meses, através da análise da História Médico-Odontológica Pgressa colhida dos atestados médicos e odontológicos justificantes de afastamentos. Foram computados os números de afastamentos médicos e odontológicos, nas modalidades: faltas justificadas, auxílio-doença e acidente de trabalho, e os dias perdidos, além das afecções mais frequentes. Os dados foram analisados por meio de Estatística Descritiva, do teste de Mann-Whitney e do Coeficiente de Correlação de Spearman ($p < 0,05$). Os afastamentos médicos somaram 3.523 eventos, e os odontológicos, 337, com totais de 34.685 e 425 dias perdidos de trabalho, respectivamente. As patologias mais frequentes de origem médica foram as Doenças do Aparelho Respiratório (CID J11), e as de origem odontológica, os Dentes Inclusos (CID K01.0). Conclui-se que, o absenteísmo médico é proporcionalmente superior ao odontológico, com 91,27% contra 8,73%, e os índices encontrados para ambos, de 82,6% e de 26,8%, respectivamente, corroboram os índices encontrados na literatura. Ademais, fica claro e evidente o impacto negativo sobre a produtividade na administração pública, ou mesmo privada, em que pese a relevância, seja do absenteísmo médico, ou odontológico, na saúde afetada do servidor (CAPELARI, 2013).

Muito embora o foco e o esmiuçar desta pesquisa investigue o absenteísmo por motivo odontológico especificamente, segundo o cargo ou ocupação do servidor da Prefeitura Municipal de Guarulhos, alguns parâmetros importantes foram atribuídos e comparados ao absenteísmo médico também encontrado. Os dados, relativos ao ano de 2007, foram obtidos junto ao Serviço de Engenharia de Segurança e de Medicina do Trabalho (SESMT) da própria prefeitura e correspondem a todos os afastamentos registrados na base geral de dados do serviço, cuja classificação internacional de doenças (CID-10), alude a motivos odontológicos, além dos médicos. Os afastamentos por motivos odontológicos prevaleceram de forma significativa ($p < 0,05$), com suas razões de prevalência (RP), dentre as funções de Técnico de Enfermagem III (RP 4,71), Professor (RP 2,88) e Guarda Civil Municipal (RP 1,33). A prevalência dos atestados com até 15 dias foi de 17% para os odontológicos e 83% para os médicos, sendo que as doenças da polpa e dos tecidos periapicais, e, as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, prevaleceram com 36,84% e 17,2%, como causas odontológicas e médicas dos

afastamentos, respectivamente. Considerados os motivos de afastamento, concluiu-se que o estabelecimento de políticas e práticas de prevenção, promoção de saúde e monitoramento periódico dos servidores (que devem ser conduzidas por equipes permanentes dentro do próprio SESMT) é enfaticamente recomendado. Afora os aspectos que mais diretamente dizem respeito ao incremento da saúde e qualidade de vida dos servidores, considerou-se que tais práticas têm potencial para redução de até 70% do absenteísmo por motivo odontológico (BOMFIM et al., 2013).

Recentemente, com o intuito de caracterizar o absenteísmo-doença de trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise, porém sem classificar ou analisar profundamente as modalidades específicas dos afastamentos, se de causa médica ou odontológica, mas nivelando e considerando as suas frequências dentro de um mesmo patamar de significância e importância, um estudo descritivo, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa, foi realizado com a coleta dos dados por meio de consulta aos atestados médicos referentes ao absenteísmo-doença nos prontuários destes servidores. Assim, foram analisados 141 atestados médicos. As causas predominantes de absenteísmo-doença foram distúrbios musculoesqueléticos, atendimentos odontológicos e oftalmológicos, e transtornos mentais. De forma específica para a profissão analisada em tela, concluíram que há necessidade de avaliar as ausências não previstas da equipe de enfermagem, bem como as condições de trabalho desta classe trabalhadora, como subsídio para a realocação ou para o remanejamento de trabalhadores e consequente melhora das condições de trabalho da equipe de enfermagem (DISSEN et al., 2014).

3 PROPOSIÇÃO

---

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar, através de prontuários funcionais, o histórico médico e odontológico de servidores públicos relacionado ao Absenteísmo, sob uma análise prospectiva de Incidência. Secundariamente, realizar uma atualização da revista da literatura com fulcro nos aspectos legais, éticos, normativos e científicos, no que tange às atestações de estados de saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apontar o gênero, a faixa etária, o cargo, o nível de escolaridade e a condição socioeconômica que mais solicita afastamento por motivos de saúde;
- Localizar a área da administração que está mais afetada por problemas de saúde;
- Identificar o cargo que mais está envolvido no processo de auxílio-doença;
- Buscar as causas mais frequentes de afastamento;
- Quantificar os períodos de afastamento por motivos descritos;
- Quantificar a frequência de afastamentos;
- Quantificação de afastamentos por causas médicas e odontológicas;
- Determinar quais afecções de origem médica foram mais incidentes;
- Determinar quais afecções de origem odontológica foram mais incidentes.

4 MATERIAL E MÉTODOS

---

4 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa é um estudo observacional de coorte prospectivo, longitudinal, descritivo e analítico, de incidência, no qual foram avaliados, no funcionalismo público, as características e o perfil do Absenteísmo e suas causas médico – odontológicas atestadas, apontando o gênero, a faixa etária, o cargo, o nível de escolaridade e a condição socioeconômica que mais solicita afastamento por motivos de saúde; localizando a área da administração que está mais afetada por problemas de saúde; identificando o cargo que mais está envolvido no processo de auxílio doença; buscando as causas mais frequentes de afastamento; quantificando os períodos de afastamento por motivos descritos; quantificando a frequência de afastamentos; quantificando os afastamentos por causas médicas e odontológicas; e determinando quais afecções de origem médica e odontológica foram mais prevalentes.

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Em respeito à Resolução CNS/MS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, este projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, por meio da Plataforma Brasil, sob a responsabilidade do aluno Marcos Maurício Capelari, com a orientação do Prof. Dr. Arsenio Sales Peres, professor do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP. Este projeto recebeu aprovação do CEP, sob o processo nº CAAE: 24386713.4.0000.5417 - Parecer nº 484.549 /2013 (ANEXO A).

4.2 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

Fizeram parte da amostra os servidores públicos municipais da cidade de Santa Cruz do Rio Pardo – SP que figuravam no quadro ativo do funcionalismo. O

município analisado, segundo o Censo Demográfico 2010, possui uma população de 43.921 habitantes (IBGE, 2014). Os critérios de inclusão foram aqueles que tinham atualizados os prontuários médico-odontológicos. Os dados foram coletados dos prontuários mantidos em arquivos próprios, guardados dentro do mais absoluto sigilo (ANEXO B), os quais foram liberados pelo responsável do setor (ANEXO C) e sem qualquer ônus para a administração municipal (ANEXO D). Desta forma, a composição da amostra foi a mesma do estudo de Prevalência realizado no período de 01 de janeiro de 2001 a 31 de maio de 2012, com os mesmos prontuários funcionais dos sujeitos de pesquisa selecionados anteriormente, para esta subsequente análise longitudinal prospectiva, amostra esta, obtida de acordo com cálculo amostral de um universo de 973 servidores ativos, constituída por 340 indivíduos, de um cálculo inicial de 343, onde 3 servidores foram perdidos por motivo de exoneração no período do levantamento da Prevalência. Assim, definida a mesma mostra com permissível perda de 20%, erro de 5% ($p < 0,05$) e Intervalo de Confiança (IC) de 95%, randomizada de forma que contemplasse todos os setores e as secretarias da administração municipal, não houve exclusão de nenhuma pasta.

4.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo fundamentou-se na coleta dos dados através de uma ficha devidamente estruturada para a pesquisa (APÊNDICE A), com a mesma formatação da utilizada na pesquisa anterior da Prevalência, uma vez que os parâmetros que foram analisados prospectivamente foram os mesmos, onde o pesquisador transcreveu os dados dos prontuários, referente à amostra, procedimento este realizado *in loco* no Setor de Arquivos do Departamento de Recursos Humanos (RH) da Secretaria da Administração da Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo – São Paulo. Os dados foram coletados especificamente, do arquivo eletrônico de cadastro e registro do funcionário, fornecido pelo Setor de Informática do RH, devidamente tabulados, formatados e impressos nos campos específicos da ficha padronizada para a pesquisa (APÊNDICE A), e fisicamente dos atestados médicos e odontológicos, licenças, afastamentos para tratamento de saúde e comunicações de acidente de trabalho (CAT) que configurassem: faltas justificadas, auxílio-doença, auxílio-acidente e acidente de trabalho. Tal ficha continha espaços destinados ao

registro do número do prontuário, dos dados pessoais do sujeito que o individualizasse, do gênero, da faixa etária, do cargo, do tempo de serviço, do nível de escolaridade, da condição sócio econômica, da área da administração na qual estava lotado, das causas de afastamento, dos períodos de afastamento, da frequência dos afastamentos, da quantificação dos afastamentos por causas médicas e odontológicas, e quais as afecções de origem médica e/ou odontológica determinantes do afastamento. A coleta de dados foi realizada no período de 02 de janeiro de 2014 a 28 de fevereiro de 2014, compreendendo um levantamento de dados pertinentes ao período de 01 de junho de 2012 a 30 de novembro de 2013, num total de 1 ano e 6 meses.

4.4 DADOS PESSOAIS

4.4.1 Prontuário

Cada ficha continha um espaço específico reservado para o registro do número do prontuário ou do cadastro do funcionário no setor do fichário do RH, isto para que se resguardasse futuramente a confidencialidade na identificação do sujeito, mediante a supressão do nome, sem que se perdesse a identificação e possibilidade de localização do referido prontuário.

4.4.2 Nome

Muito embora tal dado coletado não tenha aplicabilidade na pesquisa, individualiza cada sujeito correlacionando-o ao seu prontuário específico.

4.4.3 Data de Nascimento

Dado coletado também como forma de caracterização e individualização do funcionário e seu respectivo prontuário, além de indicador da faixa etária ou idade do sujeito.

4.4.4 Idade

Obtido a partir da data de nascimento com o objetivo de imputar associações e correlações do absenteísmo e outras informações, também obtidas do levantamento, à faixa etária dos sujeitos pesquisados.

4.4.5 Gênero

Classificado como masculino ou feminino para as atribuições estatísticas relacionadas ao sexo dos indivíduos.

4.4.6 Cargo

Função ocupacional na qual o servidor foi registrado na contratação para o exercício profissional no serviço público, agrupados em 51 categorias encontradas após a randomização e seleção da amostra:

Advogado
Agente Comunitário de Saúde
Agente de Saneamento
Ajudante Geral
Almoxarife
Assistente de Diretor
Assistente Social
Atendente
Auxiliar de Biblioteca
Auxiliar de Consultório Odontológico
Auxiliar de Enfermagem
Auxiliar de Farmácia
Auxiliar Serviços Administrativos
Auxiliar Social de Creche
Bibliotecário
Biólogo

Bioquímico
Chefe Administrativo
Cirurgião Dentista
Desenhista Técnico
Diretor
Enfermeiro
Engenheiro Civil
Escriturário
Farmacêutico
Fiscal
Fisioterapeuta
Inspetor de Alunos
Instrutor de Informática
Jardineiro
Médico
Merendeira
Monitor
Motorista
Nutricionista
Oficial Administrativo
Operador de Computador
Padeiro
Prefeito
Procurador do Município
Professor
Psicólogo
Secretário de Escola
Secretário Municipal
Servente
Técnico
Telefonista
Tratorista
Vigia
Zelador

Zootecnista

4.4.7 Servidor desde (tempo de serviço do servidor)

Notação da data de admissão do funcionário ao quadro do funcionalismo e tempo de serviço, ou trabalho prestado à municipalidade, atribuído entre a data de admissão e a data limite de finalização do levantamento retrospectivo preliminar (31 de maio de 2012), anotado em meses.

4.4.8 Secretaria que presta serviço

Secretaria ou pasta à qual o funcionário está lotado. A composição do quadro do funcionalismo municipal está administrativamente dividida em uma pasta denominada Prefeitura Municipal, composta pelo Prefeito e Assessores Diretos, e 11 Secretarias:

Prefeitura Municipal – Gabinete e Assessores

Secretaria de Administração

Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente

Secretaria de Cultura, Juventude e Lazer

Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turístico

Secretaria de Educação

Secretaria de Esportes

Secretaria de Finanças

Secretaria Municipal de Assistência Social

Secretaria de Obras e Serviços Públicos

Secretaria de Vias Urbanas

Secretaria de Saúde

4.4.9 Escolaridade

Dividida em quatro categorias compreendidas na formação escolar dos níveis: Ensino Superior ou Universitário, Ensino Médio ou Técnico, Ensino Fundamental e Analfabetismo.

4.4.10 Faixa salarial

Classificada em três níveis: funcionários com remuneração de 1 a 3, 4 a 6 e acima de 6 salários mínimos vigentes no país, afim de que se possa aferir as condições socioeconômicas relacionadas ao fulcro da pesquisa.

4.5 QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS

A quantidade de afastamentos foi dividida em 3 itens distintos de eventos e a sua soma total:

- Quantidade de afastamentos do trabalho por faltas justificadas ou abonadas.
- Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Doença.
- Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho.
- Quantidade total de afastamentos do trabalho – Soma total de todos os eventos.

4.6 CAUSA(S) DO(S) AFASTAMENTO(S)

As causas dos afastamentos foram divididas em 4 classes:

4.6.1 Origem

Quanto à origem da causa do afastamento considerou-se:

- Origem Médica
- Origem Odontológica
- Origem Médica e Odontológica

4.6.2 Etiologia

4.6.2.1 Causa por afastamento Médico

Quanto à etiologia foi atribuído a cada evento de afastamento a CID-10 da doença que o ocasionou, de acordo com a lista tabular de inclusões e subcategorias de quatro caracteres da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (OMS, 1997).

Neste subitem foram relacionados cada uma das CIDs referentes a cada patologia médica encontrada, de acordo com a lista tabular, se presente ou não:

- Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99)
- Neoplasias (Tumores) – (C00-D48)
- Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários – (D50-D89)
- Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas – (E00-E90)
- Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99)
- Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99)
- Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59)
- Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95)
- Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99)
- Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99)
- Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93)
- Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo – (L00-L99)

- Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99)
- Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)
- Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99)
- Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal – (P00-P96)
- Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas – (Q00-Q99)
- Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99)
- Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98)
- Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98)
- Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99)
- Causa não determinada – Sem CID. Quando não foi possível determinar durante a coleta de dados qual a codificação da CID, se ilegível ou pela sua inexistência no atestado.

4.6.3 Causa por afastamento odontológico

Foram aqui computadas somente as CIDs de origem odontológica e as suas respectivas ocorrências quantificadas.

4.6.4 Causa de afastamento por Acompanhamento Familiar

Neste subtópico foram registrados os afastamentos cuja motivação foi o acompanhamento de familiares por ocasião de doença, especificado nos atestados de forma direta e objetiva ou por intermédio da notação da CID-10 específica para tal evento: Z 76.3 - Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente.

4.7 PERÍODO TOTAL DE AFASTAMENTO EM DIAS

Incluiu-se aqui o resultado da soma de todas as modalidades de afastamento ou ausência ao trabalho, tanto médico, como odontológico, seja afastamento por falta justificada, auxílio – doença ou auxílio – acidente / acidente de trabalho, computado em dias perdidos de trabalho.

4.8 FREQUÊNCIA DOS AFASTAMENTOS EM DIAS

Este quesito foi respondido pela razão entre o tempo total de serviço do servidor em dias no período do levantamento e a sua quantidade total de afastamentos computada neste mesmo período, ou seja, definiu assim de quantos em quantos dias, em média, houve uma modalidade qualquer de ausência ao trabalho, ainda, a cada quantos dias, em média, o funcionário apresentava um atestado que justificasse a sua ausência por um dia ou um determinado período de dias.

4.9 NÚMERO DE AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS

Neste item foi computado o número total de afastamentos de origem odontológica.

4.9.1 Dias perdidos por afastamentos Odontológicos

Como subitem, a quantidade de dias perdidos também por motivo de ordem odontológica foi atribuída.

4.10 NÚMERO DE AFASTAMENTOS MÉDICOS

4.10.1 Número de afastamentos Médicos por faltas justificadas

Foi aqui determinado o número de afastamentos exclusivamente de origem Médica, ocasionados por faltas justificadas ou abonadas, aquelas ocorridas em dias ou períodos de no máximo de 15 dias.

4.10.1.1 *Dias perdidos por afastamentos Médicos por faltas justificadas*

Como subitem, a quantidade de dias perdidos por motivo de ordem médica por faltas justificadas também foi contabilizado.

4.10.2 Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

Determinou-se o número de afastamentos de origem médica cuja motivação foi o auxílio-doença, em períodos superiores a 15 dias.

4.10.2.1 *Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio-Doença*

Como subitem, a quantidade de dias perdidos por motivo de ordem médica por auxílio-doença foi anotada.

4.10.3 Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho

Determinou-se também o número de afastamentos de origem médica cuja motivação foi o auxílio-acidente ou acidente de trabalho.

4.10.3.1 Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio- Acidente / Acidente de Trabalho

Como subitem, a quantidade de dias perdidos por motivo de ordem médica por auxílio - acidente ou acidente de trabalho foi também registrada.

4.11 AFECÇÕES DE ORIGEM MÉDICA MAIS FREQUENTES

Este tópico agrupou das patologias médicas encontradas, a que dentre elas foi a mais comum, segundo se originária de ordem: física, psíquica, psicossomática, de acidente de trabalho ou de causa indeterminada.

4.11.1 CID-10 - Médico

Registrou-se a CID-10 da doença que foi mais incidente na área médica.

4.12 AFECÇÕES DE ORIGEM ODONTOLÓGICA MAIS FREQUENTES

E finalmente, neste tópico agruparam-se das patologias odontológicas encontradas, a que dentre elas foi a mais frequente, segundo se manifesta em: tecidos moles, tecidos duros, tecidos moles e tecidos duros, forma psicossomática ou forma e local indeterminado.

4.12.1 CID-10 - Odontológico

Registrou-se a CID-10 da doença que foi mais incidente na área odontológica.

4.13 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados e anotados foram organizados com dupla entrada, em arquivos do programa *Excel para Windows 2010*. A apresentação dos resultados foi constituída de uma parte descritiva, sob a forma de tabelas e gráficos, na qual os dados (variáveis) foram apresentados na forma de média e desvio-padrão, além de mediana e percentis, em algumas situações.

Na análise estatística foi novamente aplicado o teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov-KS) e homogeneidade dos dados, sendo então empregados os testes estatísticos apropriados para dados não paramétricos, visto não apresentarem uma distribuição normal, confirmando o mesmo comportamento da amostra e dos dados, quando comparados ao estudo da Prevalência realizado preliminarmente. Assim, o tratamento estatístico da Pesquisa em tela também lançou mão da Estatística Descritiva para Variáveis Qualitativas e Quantitativas. A distribuição dos Cargos e Secretarias foi descrita em números absolutos e relativos, com média e desvio padrão. Para Estatística Analítica foi utilizado para correlacionar o Gênero, como variável dependente, os testes de Mann-Whitney e Wilcoxon. Para correlacionar a Faixa Etária, o Tempo de Serviço, a Escolaridade e a Faixa Salarial, como variáveis dependentes, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman. Já, para a análise inferencial do Risco Relativo Nosológico Médico e Odontológico, do Absenteísmo-doença, Médico e Odontológico, segundo a Prevalência e a Incidência, utilizou-se também o teste do Qui-quadrado. Finalmente, para o confronto dos resultados das principais Variáveis Quantitativas da Prevalência com as da Incidência, aplicou-se a Estatística Analítica através dos testes de Correlação de Spearman e de Wilcoxon. Como programa padrão, utilizou-se o *Software SPSS versão 17.0*.

Em todos os testes foi adotado nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

---

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra estudada foi composta por um conjunto de prontuários dos servidores públicos municipais da cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, São Paulo, Brasil, que figuravam no quadro ativo do funcionalismo. Como critérios de inclusão foram analisados aqueles que tinham os prontuários médico-odontológico atualizados compreendendo de Janeiro de 2001 a Maio de 2012. De acordo com o cálculo amostral e um universo de 973 servidores ativos, a amostra foi constituída por 343 indivíduos com perda de 20% e erro de 5% (IC 95%).

A mostra foi randomizada de forma que contemplasse todos os setores e as secretarias da administração municipal, desta forma não houve exclusão de nenhuma pasta. Embora a perda possível estimada tenha sido de 20%, o equivalente a 69 sujeitos de pesquisa, houveram apenas 3 prontuários excluídos (0,9%), dado ao fato de tais funcionários terem sido exonerados de seus cargos no período compreendido entre o fornecimento da listagem e a realização da coleta de dados para o levantamento preliminar da Prevalência.

Assim sendo, para o estudo de coorte prospectivo atual a mesma mostra foi acompanhada longitudinalmente nos imediatos 18 meses subsequentes ao levantamento da Prevalência com uma perda de mais 36 prontuários neste período, também por motivo de exoneração do cargo, computando-se ao final uma perda total de 39 prontuários, do total de 343 do início da Pesquisa da Prevalência, percentualmente, 11,37% da mostra inicial, o que ainda está abaixo da perda admissível de 20%. Desta forma, a mostra final analisada para o levantamento da Incidência foi composta por 304 prontuários funcionais.

5.2 FAIXA ETÁRIA

A idade média dos funcionários da amostra inicial foi de $42,07 \pm 11,11$ anos, variando de 18 a 73 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Média da idade da amostra inicial

Faixa Etária	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	343	18	73	42,067	11,108

As faixas etárias foram divididas em 5 grupos, com o maior percentual de indivíduos, 98 (28,82%) e 90 (29,61%), distribuídos na mesma faixa compreendida entre 40 a 49 anos, respectivamente, tanto no levantamento da Prevalência, como da Incidência (Tabela 3 e Gráfico 1).

Tabela 3 - Prevalência e Incidência das faixas etárias na amostra - Grupos

Faixa Etária – Grupos	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
18 a 29 anos	51	15,00	44	14,47
30 a 39 anos	96	28,24	86	28,29
40 a 49 anos	98	28,82	90	29,61
50 a 59 anos	79	23,23	73	24,01
Acima de 60 anos	16	4,71	11	3,62
Total	340	100,00	304	100,00
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Gráfico 1 - Prevalência e Incidência das faixas etárias na amostra - Grupos

A maior prevalência da Quantidade Total de Afastamentos foi encontrada na faixa etária dos 40 aos 49 anos, com média de 13,28 e desvio padrão de 15,82, no levantamento retrospectivo, e a maior incidência no levantamento prospectivo se deu no grupo dos 30 a 39 anos, com média de 6,91 e desvio padrão de 8,21 (Tabela 4).

Tabela 4 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por faixas etárias para Quantidade Total de Afastamentos

Faixa Etária	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio padrão
18 a 29 anos	5,92	10,26	5,48	6,65
30 a 39 anos	12,67	15,54	6,91	8,21
40 a 49 anos	13,28	15,82	6,36	6,31
50 a 59 anos	11,48	16,00	5,93	7,25
Acima de 60 anos	10,50	15,12	4,18	5,27

O Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada apresentou na faixa etária acima de 60 anos a maior média, 2,62 e desvio padrão de 6,35, no levantamento retrospectivo, foi mais incidente na faixa dos 40 a 49 anos com média de 0,90 e desvio padrão de 2,26, no período prospectivo (Tabela 5).

Tabela 5 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por faixas etárias para Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

Faixa Etária	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio padrão
18 a 29 anos	0,64	1,59	0,20	0,70
30 a 39 anos	0,63	1,32	0,64	1,75
40 a 49 anos	1,40	4,30	0,90	2,26
50 a 59 anos	0,79	2,38	0,51	1,60
Acima de 60 anos	2,62	6,35	0,36	1,21

O Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada foi mais prevalente na faixa etária dos 40 a 49 anos com média de 11,50 e desvio padrão de 14,02, no levantamento retrospectivo, e mais incidente na faixa dos 30 a 39 anos com média de 6,20 e desvio padrão de 7,74, no período prospectivo (Tabela 6).

Tabela 6 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por faixas etárias para Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

Faixa Etária	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio padrão
18 a 29 anos	5,14	9,41	5,23	6,47
30 a 39 anos	11,34	14,27	6,20	7,74
40 a 49 anos	11,50	14,02	5,41	5,62
50 a 59 anos	10,28	13,85	5,34	6,49
Acima de 60 anos	7,50	9,43	3,64	5,46

O Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença foi mais prevalente na faixa etária dos 50 a 59 anos com média de 0,41 e desvio padrão de 0,89, no levantamento retrospectivo, e apresentou a maior média na faixa acima de 60 anos, com 0,18 e desvio padrão de 0,41, no período prospectivo (Tabela 7).

Tabela 7 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por faixas etárias para Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

Faixa Etária	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio padrão
18 a 29 anos	0,12	0,38	0,05	0,21
30 a 39 anos	0,23	0,62	0,10	0,31
40 a 49 anos	0,32	0,77	0,12	0,42
50 a 59 anos	0,41	0,89	0,08	0,28
Acima de 60 anos	0,38	0,62	0,18	0,41

O Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho foi mais prevalente na faixa etária dos 40 a 49 anos com média de 0,09 e desvio padrão de 0,29, no levantamento retrospectivo, e mais incidente também na faixa dos 40 a 49 anos com média de 0,03 e desvio padrão de 0,18, no período prospectivo (Tabela 8).

Tabela 8 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por faixas etárias para Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

Faixa Etária	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio padrão
18 a 29 anos	0,02	0,14	0,00	0,00
30 a 39 anos	0,08	0,35	0,02	0,15
40 a 49 anos	0,09	0,29	0,03	0,18
50 a 59 anos	0,03	0,16	0,00	0,00
Acima de 60 anos	0,00	0,00	0,00	0,00

A maior Frequência de Afastamentos em Dias, ou seja, cujo período entre uma ausência e outra foi menor, foi mais prevalente na faixa etária dos 18 a 29 anos

com média de 318,94 e desvio padrão de 649,39, no levantamento retrospectivo, e mais incidente na faixa dos 50 a 59 anos com média de 130,53 e desvio padrão de 165,72, no período prospectivo (Tabela 9).

Tabela 9 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por faixas etárias para Frequência de Afastamentos em Dias

Faixa Etária	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio padrão
18 a 29 anos	318,94	649,39	152,77	181,13
30 a 39 anos	346,27	536,13	140,13	176,04
40 a 49 anos	497,79	729,12	137,12	150,16
50 a 59 anos	653,36	976,70	130,53	165,72
Acima de 60 anos	424,01	534,12	271,75	266,05

Aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (KS), o comportamento da amostra apontou uma distribuição normal praticamente para todas as faixas etárias e todas as variáveis à elas aqui correlacionadas, exceto na faixa etária acima de 60 anos, onde para as variáveis Quantidade Total de Afastamentos e Frequência de Afastamentos em Dias, em ambos os levantamentos, e Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada, para o retrospectivo, a mostra não apresentou esta distribuição normal ($KS > 0,05$), o mesmo acontecendo para faixa etária dos 18 a 29 anos e a Frequência de Afastamentos em Dias no levantamento prospectivo, sendo então empregado o teste estatístico da Correlação de Spearman, apropriado para tais dados não paramétricos, para a análise estatística inferencial.

Houve significativa correlação positiva, porém fraca ($r < 0,25$), entre a Quantidade de Afastamento Médico por Auxílio – Doença, a Quantidade Total de Afastamentos, a Frequência de Afastamentos em Dias e o Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada, e a faixa etária no levantamento retrospectivo, no entanto, no prospectivo nenhum dos quesitos correlacionados à faixa etária apresentou níveis de significância (Tabela 10).

Tabela 10 - Correlação de Spearman com a Faixa Etária como variável dependente para Prevalência e Incidência

Correlação	Prevalência			Incidência		
	n	Spearman r	p	n	Spearman r	p
Faixa Etária & NAMAD ¹	340	0,146	0,007*	304	0,038	0,510
Faixa Etária & NAMAT ²	340	- 0,016	0,771	304	- 0,019	0,747
Faixa Etária & QTA ³	340	0,111	0,040*	304	- 0,004	0,943
Faixa Etária & FA_DIAS ⁴	340	0,207	0,000*	304	0,016	0,782
Faixa Etária & NAOFJ ⁵	340	0,018	0,746	304	0,020	0,726
Faixa Etária & NAMFJ ⁶	340	0,112	0,039*	304	- 0,016	0,786

¹ Número de Afastamentos Médicos por Auxílio - Doença² Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho³ Quantidade Total de Afastamentos⁴ Frequência de Afastamentos em Dias⁵ Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada⁶ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

* Estatisticamente significativa (p<0,05)

5.3 GÊNERO

A distribuição da amostragem pelo gênero do funcionalismo se deu com 75,2%, 75,3% e 77,96% atribuídos ao gênero feminino, e 24,8%, 24,7% e 22,04% ao masculino, na amostra inicial, da Prevalência e da Incidência, respectivamente (Tabela 11 e Gráfico 2).

Tabela 11 - Gênero da amostra: Inicial, da Prevalência e da Incidência

Gênero	Amostra inicial		Amostra da Prevalência		Amostra da Incidência	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	258	75,2	256	75,3	237	77,96
Masculino	85	24,8	84	24,7	67	22,04
Total	343	100,0	340	100,0	304	100,0

Gráfico 2 - Gênero da amostra: Inicial, da Prevalência e da Incidência

Todas as modalidades de afastamentos estudadas e a frequência de afastamentos em dias apresentaram médias superiores no gênero feminino em ambos os levantamentos, retrospectivo e prospectivo (Tabela 12).

Tabela 12 - Prevalência e Incidência por Gênero de: NAMAD, NAMAT, QTA, FA_DIAS, NAOFJ e NAMFJ

	Prevalência				Incidência			
	Gênero Masculino		Gênero Feminino		Gênero Masculino		Gênero Feminino	
	Média	DP ⁷	Média	DP ⁷	Média	DP ⁷	Média	DP ⁷
NAMAD ¹	0,23	0,48	0,30	0,77	0,04	0,21	0,11	0,36
NAMAT ²	0,01	0,11	0,07	0,29	0,01	0,12	0,02	0,13
QTA ³	3,20	3,62	14,17	16,48	2,30	3,12	7,31	7,53
FA_DIAS ⁴	468,81	619,34	458,24	772,49	179,58	203,68	133,33	160,62
NAOFJ ⁵	0,32	0,93	1,21	3,49	0,28	0,78	0,70	1,96
NAMFJ ⁶	2,64	3,20	12,45	14,54	1,96	3,09	6,54	6,95

¹ Número de Afastamentos Médicos por Auxílio - Doença

² Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

³ Quantidade Total de Afastamentos

⁴ Frequência de Afastamentos em Dias

⁵ Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

⁶ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

⁷ Desvio Padrão

No levantamento da Prevalência não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros para nenhuma das modalidades de afastamentos e para a frequência de afastamentos em dias ($p>0,05$) (Tabela 13).

Tabela 13 - Teste de Mann-Whitney / Wilcoxon com o Gênero como variável dependente para Prevalência

	QTA ¹	FA/Dias ²	NAOFJ ³	NAMFJ ⁴	NAMAD ⁵	NAMAT ⁶
Mann-Whitney U	9760,000	10274,000	10383,000	9875,500	9861,500	10549,500
Wilcoxon W	13246,000	13760,000	13869,000	13361,500	13347,500	43702,500
Z	-1,167	-0,504	-0,464	-1,019	-1,492	-0,384
p	0,243	0,614	0,642	0,308	0,136	0,701

¹ Quantidade Total de Afastamentos

² Frequência de Afastamentos em Dias

³ Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

⁴ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

⁵ Número de Afastamentos Médicos por Auxílio - Doença

⁶ Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

Já, para o levantamento da Incidência verifica-se que houve diferença com significância estatística entre os gêneros para a Quantidade Total de Afastamentos e o Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada ($p<0,05$), não havendo diferenças significantes para os outros quesitos comparados ($p>0,05$) (Tabela 14).

Tabela 14 - Teste de Mann-Whitney / Wilcoxon com o Gênero como variável dependente para Incidência

	QTA ¹	FA/Dias ²	NAOFJ ³	NAMFJ ⁴	NAMAD ⁵	NAMAT ⁶
Mann-Whitney U	4237,000	7643,500	7190,500	4117,500	7456,000	7924,000
Wilcoxon W	6515,000	35846,500	9468,500	6395,500	9734,000	10202,000
Z	-5,861	-0,468	-1,627	-6,070	-1,519	-0,111
p	0,000*	0,639	0,104	0,000*	0,129	0,912

¹ Quantidade Total de Afastamentos

² Frequência de Afastamentos em Dias

³ Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

⁴ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

⁵ Número de Afastamentos Médicos por Auxílio - Doença

⁶ Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

* Estatisticamente significativo ($p<0,05$)

5.4 CARGO

Os cargos determinantes da função ocupacional na qual o servidor foi registrado na contratação para o exercício profissional no serviço público, foram agrupados em 51 categorias distribuídas percentualmente, apresentando com os

maiores índices de 14,6% e 16,5% a categoria profissional de Professores, 11,4% e 12,2% para Monitores, para Merendeiras 6,7% e 7,6%, e Serventes obtendo 6,1% e 6,9%, para os levantamentos retrospectivo e prospectivo, respectivamente (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição dos Cargos em números absolutos e relativos na mostra da Prevalência e da Incidência

	Cargo	Prevalência		Incidência	
		Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
1.	Advogado	1	0,3	1	0,3
2.	Agente Comunitário de Saúde	12	3,5	10	3,3
3.	Agente de Saneamento	3	0,9	2	0,6
4.	Ajudante Geral	14	4,1	13	4,3
5.	Almoxarife	1	0,3	1	0,3
6.	Assistente de Diretor	4	1,2	4	1,3
7.	Assistente Social	4	1,2	4	1,3
8.	Atendente	1	0,3	1	0,3
9.	Auxiliar de Biblioteca	1	0,3	1	0,3
10.	Auxiliar de Consultório Odontológico	3	0,9	3	0,9
11.	Auxiliar de Enfermagem	18	5,2	15	4,9
12.	Auxiliar de Farmácia	1	0,3	1	0,3
13.	Auxiliar Serviços Administrativos	1	0,3	1	0,3
14.	Auxiliar Social de Creche	1	0,3	0	0
15.	Bibliotecário	1	0,3	0	0
16.	Biólogo	1	0,3	1	0,3
17.	Bioquímico	2	0,6	2	0,6
18.	Chefe Administrativo	18	5,2	14	4,6
19.	Cirurgião Dentista	9	2,6	9	2,9
20.	Desenhista Técnico	1	0,3	1	0,3
21.	Diretor	15	4,4	11	3,6
22.	Enfermeiro	3	0,9	3	0,9
23.	Engenheiro Civil	1	0,3	1	0,3
24.	Escriturário	2	0,6	2	0,6
25.	Farmacêutico	1	0,3	1	0,3
26.	Fiscal	9	2,6	8	2,6
27.	Fisioterapeuta	1	0,3	1	0,3

(Cont. Tabela 15 - Distribuição dos Cargos em números absolutos e relativos na mostra da Prevalência e da Incidência)

Cargo		Prevalência		Incidência	
		Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
28.	Inspetor de Alunos	8	2,4	8	2,6
29.	Instrutor de Informática	1	0,6	1	0,3
30.	Jardineiro	1	0,3	1	0,3
31.	Médico	9	2,6	9	2,9
32.	Merendeira	23	6,7	23	7,6
33.	Monitor	39	11,4	37	12,2
34.	Motorista	11	3,2	7	2,3
35.	Nutricionista	1	0,3	1	0,3
36.	Oficial Administrativo	13	4,1	11	3,6
37.	Operador de Computador	2	0,6	2	0,6
38.	Padeiro	1	0,3	1	0,3
39.	Prefeito	1	0,3	0	0
40.	Procurador do Município	3	0,9	2	0,6
41.	Professor	50	14,6	50	16,5
42.	Psicólogo	4	1,2	4	1,3
43.	Secretário de Escola	2	0,6	1	0,3
44.	Secretário Municipal	7	2,0	2	0,6
45.	Servente	21	6,1	21	6,9
46.	Técnico	4	1,2	4	1,3
47.	Telefonista	1	0,3	1	0,3
48.	Tratorista	1	0,3	1	0,3
49.	Vigia	6	1,7	4	1,3
50.	Zelador	1	0,3	1	0,3
51.	Zootecnista	1	0,3	1	0,3
Total		340	100,0	304	100,0

No Levantamento da Prevalência foi possível apontar os cinco cargos com a maior média da Quantidade Total de Afastamentos: Auxiliar Social de Creche com 45, Escriurário com 43, Telefonista com 37, Psicólogo com 27,25 e Professor com 20.

O mesmo foi atribuído para a maior média de Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada: Escriurário com 25,5, Auxiliar Social de Creche com 15, Engenheiro Civil com 7, Merendeira com 1,73 e Professor com 1,46.

As maiores médias para o Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada foram encontradas para: Telefonista com 37, Auxiliar Social de Creche com 29, Psicólogo com 25,75, Professor com 18 e Escriturário com 17,50.

Neste mesmo raciocínio, a maior média da Quantidade de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença foi encontrada em: Auxiliar Social de Creche, Enfermeiro e Tratorista com 1,0, seguida de psicólogo com 0,75 e servente com 0,61.

Para o Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho, as maiores médias foram determinadas para: Ajudante Geral com 0,21, Oficial Administrativo com 0,15, Professor com 0,14, Merendeira com 0,13 e Fiscal com 0,11.

Os cargos que apresentaram uma maior Frequência de Afastamentos, ou seja, cujo período entre uma ausência e outra foi menor, puderam ser verificados com suas médias em dias para: Auxiliar de Serviços Administrativos com 48, Biólogo com 65,09, Instrutor de Informática com 90, Auxiliar Social de Creche com 92,55 e Escriturário com 97,33 (Tabela 16).

Tabela 16 - Prevalência por Cargo de: QTA, NAOFJ, NAMJF, NAMAD, NAMAT e FA_DIAS

Cargo	QTA ¹	NAOFJ ²	NAMJF ³	NAMAD ⁴	NAMAT ⁵	FA_DIAS ⁶
Advogado	0	0	0	0	0	0
Agente Comunitário de Saúde	11,50	0,75	10,67	0,08	0	165,06
Agente de Saneamento	3,33	1,00	2,33	0	0	493,00
Ajudante Geral	12,14	0,85	10,71	0,36	0,21	593,83
Almoxarife	1,00	0	1,00	0	0	167,00
Assistente de Diretor	5,5	0	5,5	0	0	450,51
Assistente Social	12,75	0,75	12,00	0	0	162,12
Atendente	0	0	0	0	0	0
Auxiliar de Biblioteca	0	0	0	0	0	0
Auxiliar de Consultório Odontológico	4,00	2,00	2,00	0	0	1.410,92
Auxiliar de Enfermagem	10,11	0,55	9,28	0,39	0	585,34
Auxiliar de Farmácia	9,00	0	9,00	0	0	182,22
Auxiliar Serviços Administrativos	5,00	0	5,00	0	0	48,00
Auxiliar Social de Creche	45,00	15,00	29,00	1,00	0	92,55
Bibliotecário	0	0	0	0	0	0
Biólogo	11,00	0	11,00	0	0	65,09
Bioquímico	6,50	0,50	5,50	0,50	0	464,92
Chefe Administrativo	9,06	0,89	8,06	0,06	0,06	449,02

(Cont. Tabela 16 - Prevalência por Cargo de: QTA, NAOFJ, NAMJF, NAMAD, NAMAT e FA_DIAS)

Cargo	QTA ¹	NAOFJ ²	NAMJF ³	NAMAD ⁴	NAMAT ⁵	FA_DIAS ⁶
Cirurgião Dentista	9,33	0,78	8,56	0	0	1.029,11
Desenhista Técnico	0	0	0	0	0	0
Diretor	8,47	0,27	8,20	0	0	962,93
Enfermeiro	9,33	0	9,00	1	0	503,32
Engenheiro Civil	10,00	7,00	3,00	0	0	372,30
Escriturário	43,00	25,50	17,50	0	0	97,33
Farmacêutico	2,00	0	2,00	0	0	1.465,00
Fiscal	7,44	0,44	6,56	0,33	0,11	743,84
Fisioterapeuta	0	0	0	0	0	0
Inspetor de Alunos	11,88	0,38	11,00	0,50	0	298,46
Instrutor de Informática	1,00	0	1,00	0	0	90,00
Jardineiro	0	0	0	0	0	0
Médico	4,33	0,11	4,11	0,11	0	540,82
Merendeira	13,17	1,73	10,96	0,35	0,13	372,80
Monitor	14,21	1,10	11,77	0,36	0,03	291,28
Motorista	4,64	0,36	3,73	0,55	0	589,28
Nutricionista	1,00	0	1,00	0	0	135,00
Oficial Administrativo	9,31	0,69	8,38	0,08	0,15	305,93
Operador de Computador	1,00	0	1,00	0	0	296,25
Padeiro	1,00	0	1,00	0	0	2.332,00
Prefeito	0	0	0	0	0	0
Procurador do Município	0	0	0	0	0	0
Professor	20,00	1,46	18,00	0,42	0,14	423,83
Psicólogo	27,25	0,75	25,75	0,75	0	219,73
Secretário de Escola	0	0	0	0	0	0
Secretário Municipal	1,14	0	1,14	0	0	180,69
Servente	14,29	0,48	13,10	0,61	0,10	590,64
Técnico	2,75	0,50	2,00	0,25	0	165,71
Telefonista	37,00	0	37,00	0	0	112,56
Tratorista	2,00	0	1,00	1,00	0	2.082,50
Vigia	4,00	0	3,67	0,33	0	725,13
Zelador	0	0	0	0	0	0
Zootecnista	1,00	1,00	0	0	0	443,00

¹ Quantidade Total de Afastamentos

² Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

³ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

⁴ Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

⁵ Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

⁶ Frequência de Afastamentos em Dias

No Levantamento da Incidência apontou-se os cinco cargos com a maior média da Quantidade Total de Afastamentos: Telefonista com 25, Auxiliar de Serviços Administrativos com 20, Escriturário com 19, Instrutor de Informática com 17 e Psicólogo com 13,5.

O mesmo foi atribuído para a maior média de Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada: Escriturário com 13, Auxiliar de serviços

Administrativos com 3, Zootecnista com 2, Inspetor de Alunos com 1,38 e Oficial Administrativo com 1,18.

As maiores médias para o Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada foram encontradas para: Telefonista com 24, Auxiliar de Serviços Administrativos com 17, Instrutor de Informática com 16, Psicólogo com 13,25 e Agente Comunitário de Saúde com 11,30.

Neste mesmo raciocínio, a maior média da Quantidade de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença foi encontrada em: Instrutor de Informática com 1,0, seguida de Servente com 0,33, de psicólogo e vigia com 0,25, e de Ajudante geral com 0,23.

Para o Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho, as maiores médias foram determinadas para: Fiscal com 0,13, Merendeira e Professor com 0,04, e Monitor com 0,03.

Os cargos que apresentaram uma maior Frequência de Afastamentos, ou seja, cujo período entre uma ausência e outra foi menor, puderam ser verificados com suas médias em dias para: Telefonista com 21,92, Auxiliar de Serviços Administrativos com 27,40, Escriturário com 28,92, Instrutor de Informática com 32,23 e Psicólogo com 46,10 (Tabela 17).

Tabela 17 - Incidência por Cargo de: QTA, NAOFJ, NAMJF, NAMAD, NAMAT e FA_DIAS

Cargo	QTA ¹	NAOFJ ²	NAMJF ³	NAMAD ⁴	NAMAT ⁵	FA_DIAS ⁶
Advogado	1,00	0	1,00	0	0	548,00
Agente Comunitário de Saúde	11,40	0,40	11,30	0,20	0	73,00
Agente de Saneamento	0	0	0	0	0	0
Ajudante Geral	8,92	0,54	8,15	0,23	0	173,80
Almoxarife	2,00	0	2,00	0	0	274
Assistente de Diretor	2,00	0	2,00	0	0	73,07
Assistente Social	2,75	0,25	2,50	0	0	194,08
Atendente	5,00	0	5,00	0	0	109,60
Auxiliar de Biblioteca	0	0	0	0	0	0
Auxiliar de Consultório Odontológico	2,33	1,00	1,33	0	0	334,89
Auxiliar de Enfermagem	5,67	0,33	5,33	0	0	130,00
Auxiliar de Farmácia	4,00	0	4,00	0	0	137,00
Auxiliar Serviços Administrativos	20,00	3,00	17,00	0	0	27,40
Auxiliar Social de Creche	0	0	0	0	0	0
Bibliotecário	0	0	0	0	0	0

(Cont. Tabela 17 - Incidência por Cargo de: QTA, NAOFJ, NAMJF, NAMAD, NAMAT e FA_DIAS)

Cargo	QTA ¹	NAOFJ ²	NAMJF ³	NAMAD ⁴	NAMAT ⁵	FA_DIAS ⁶
Biólogo	6,00	0	6,00	0	0	91,33
Bioquímico	2,50	0	2,50	0	0	54,80
Chefe Administrativo	3,43	0	3,36	0,07	0	164,96
Cirurgião Dentista	6,22	0,22	6,00	0	0	87,73
Desenhista Técnico	0	0	0	0	0	0
Diretor	6,45	0,45	6,00	0	0	108,16
Enfermeiro	5,33	0	5,33	0	0	126,85
Engenheiro Civil	2,00	0	2,00	0	0	274,00
Escriturário	19,00	13,00	6,00	0	0	28,92
Farmacêutico	10,00	0	10,00	0	0	54,80
Fiscal	1,75	0,38	1,25	0	0,13	134,15
Fisioterapeuta	1,00	0	1,00	0	0	548,00
Inspetor de Alunos	11,13	1,38	9,63	0,13	0	89,32
Instrutor de Informática	17,00	0	16,00	1,00	0	32,23
Jardineiro	3,00	0	3,00	0	0	182,66
Médico	4,33	0	4,33	0	0	210,83
Merendeira	6,74	0,65	5,91	0,13	0,04	147,15
Monitor	6,46	0,57	5,78	0,08	0,03	155,67
Motorista	3,14	0,14	2,86	0,14	0	164,40
Nutricionista	2,00	1,00	1,00	0	0	274,00
Oficial Administrativo	8,82	1,18	7,64	0	0	118,12
Operador de Computador	1,00	0	1,00	0	0	548,00
Padeiro	2,00	0	2,00	0	0	274,00
Prefeito	0	0	0	0	0	0
Procurador do Município	0,50	0,50	0	0	0	274,00
Professor	6,70	1,06	5,68	0,12	0,04	115,84
Psicólogo	13,50	0	13,25	0,25	0	46,10
Secretário de Escola	0	0	0	0	0	0
Secretário Municipal	4,50	0	4,50	0	0	137,00
Servente	6,19	0,19	5,67	0,33	0	180,65
Técnico	3,25	1,00	2,25	0	0	152,22
Telefonista	25,00	1,00	24,00	0	0	21,92
Tratorista	0	0	0	0	0	0
Vigia	2,25	0	2,00	0,25	0	293,57
Zelador	0	0	0	0	0	0
Zootecnista	3,00	2,00	1,00	0	0	182,66

¹ Quantidade Total de Afastamentos

² Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

³ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

⁴ Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

⁵ Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

⁶ Frequência de Afastamentos em Dias

Em ambos os levantamentos, prospectivo e retrospectivo, a distribuição por cargos não permitiu tratamento estatístico indutivo dado à existência de cargos com amostragem diminuta.

5.5 TEMPO DE SERVIÇO

O tempo de serviço do servidor, ou seja, o período do exercício profissional a partir da sua admissão, oscilou numa faixa temporal de 2 a 484 meses, com média de $118,17 \pm 100,91$ meses.

Para o levantamento retrospectivo, a estatística indutiva para o Tempo de Serviço do Servidor apontou significância na correlação negativa fraca ($r < -0,25$) quando correlacionado com a Quantidade de Afastamento Médico por Auxílio – Doença e o Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada, e correlação significativa negativa de fraca a média ($-0,25 < r < -0,50$) com a Quantidade Total de Afastamentos, a Frequência de Afastamentos em Dias e o Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada, somente não havendo correlação significativa com o Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho. No entanto, para o estudo prospectivo nenhum destes quesitos correlacionados com o tempo de serviço do servidor demonstrou níveis de significância estatística ($p > 0,05$) (Tabela 18).

Tabela 18 - Correlação de Spearman com o Tempo de Serviço do Servidor como variável dependente para a Prevalência e a Incidência

Correlação	n	Prevalência		n	Incidência	
		Spearman r	p		Spearman r	p
TempServ ⁷ & NAMAD ¹	340	- 0,204	0,000*	304	0,015	0,790
TempServ ⁷ & NAMAT ²	340	- 0,037	0,493	304	- 0,080	0,165
TempServ ⁷ & QTA ³	340	- 0,369	0,000*	304	- 0,012	0,831
TempServ ⁷ & FA_DIAS ⁴	340	- 0,397	0,000*	304	0,050	0,386
TempServ ⁷ & NAOFJ ⁵	340	- 0,163	0,003*	304	- 0,108	0,060
TempServ ⁷ & NAMFJ ⁶	340	- 0,363	0,000*	304	0,013	0,819

¹ Número de Afastamentos Médicos por Auxílio - Doença

² Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

³ Quantidade Total de Afastamentos

⁴ Frequência de Afastamentos em Dias

⁵ Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

⁶ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

⁷ Tempo de Serviço do Servidor

* Estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

5.6 SECRETARIA VINCULADA

A composição do quadro do funcionalismo municipal foi administrativamente dividida em uma pasta denominada Prefeitura Municipal, composta pelo Prefeito e

Assessores Diretos, e 11 Secretarias, cuja distribuição na amostra apontou uma concentração de 47,9% e 51,3% dos funcionários lotados no setor da Educação, 27,6% e 27% na Saúde, seguidos pela Secretaria da Administração com índices percentuais de 6,4% e 6,3%, estando as outras Secretarias e Pasta com uma concentração de funcionários variando numa faixa de 0,3 a 4,1% e 4% das amostras da Prevalência e da Incidência, respectivamente (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição em números absolutos e relativos segundo as Secretarias na mostra da Prevalência e da Incidência

Secretarias	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Prefeitura Municipal – Gabinete e Assessores	5	1,5	3	1,0
Secretaria de Administração	22	6,4	19	6,3
Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente	12	3,5	10	3,3
Secretaria de Cultura, Juventude e Lazer	6	1,8	3	1,0
Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turístico	4	1,2	4	1,3
Secretaria de Educação	163	47,9	156	51,3
Secretaria de Esportes	8	2,4	5	1,6
Secretaria de Finanças	5	1,5	4	1,3
Secretaria Municipal de Assistência Social	14	4,1	12	4,0
Secretaria de Obras e Serviços Públicos	6	1,8	5	1,6
Secretaria de Vias Urbanas	1	0,3	1	0,3
Secretaria de Saúde	94	27,6	82	27,0
Total	340	100,0	304	100,0

No levantamento retrospectivo foi possível apontar as três secretarias com a maior média da Quantidade Total de Afastamentos: Secretaria de Educação com 15,58, Secretaria Municipal de Assistência Social com 10,92 e Secretaria de Saúde com 8,81.

O mesmo foi atribuído para a maior média de Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada: Secretaria de Educação com 1,40, Secretaria de Obras e Serviços Públicos com 1,33 e Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente com 0,83.

As Secretarias com maiores médias para o Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada foram: Secretaria de Educação com 13,50, Secretaria Municipal de Assistência Social com 10,36 e Secretaria de Saúde com 7,77.

Para o Número de Afastamentos Médicos por Auxílio – Doença, as Secretarias com maiores médias foram: Secretaria de Educação com 0,39, Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turístico com 0,25 e Secretaria de Saúde com 0,24.

Já, para o Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho, as Secretarias com maiores médias foram: Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turístico com 0,25, Secretaria de Obras e Serviços Públicos com 0,17 e, Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente e Secretaria de Educação, ambas com 0,08.

As secretarias que apresentaram uma maior Frequência de Afastamentos, ou seja, cujo período entre uma ausência e outra foi menor, puderam ser verificados com suas médias em dias para: Prefeitura Municipal – Gabinete e Assessores com 41,65, Secretaria Municipal de Assistência Social com 123,45 e Secretaria de Obras e Serviços Públicos com 185,12 (Tabela 20).

Tabela 20 - Prevalência por Secretarias de: QTA, NAOFJ, NAMJF, NAMAD, NAMAT e FA_DIAS

Secretarias	QTA¹	NAOFJ²	NAMJF³	NAMAD⁴	NAMAT⁵	FA_DIAS⁶
Prefeitura Municipal – Gabinete e Assessores	4	0,40	3,60	0	0	41,65
Secretaria de Administração	7,59	0,23	7,18	0,14	0,05	406,44
Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente	6,66	0,83	5,58	0,17	0,08	347,57
Secretaria de Cultura, Juventude e Lazer	1,67	0,17	1,50	0	0	185,73
Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turístico	4	0	3,5	0,25	0,25	1.422,83
Secretaria de Educação	15,58	1,40	13,50	0,39	0,08	446,62
Secretaria de Esportes	1,75	0	1,63	0,13	0	501,39
Secretaria de Finanças	2,8	0	2,8	0	0	212,04
Secretaria Municipal de Assistência Social	10,92	0,28	10,36	0,21	0,07	123,45
Secretaria de Obras e Serviços Públicos	8,67	1,33	7,00	0,17	0,17	185,12
Secretaria de Vias Urbanas	0	0	0	0	0	0
Secretaria de Saúde	8,81	0,82	7,77	0,24	0,02	594,20

¹ Quantidade Total de Afastamentos² Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada³ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada⁴ Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença⁵ Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho⁶ Frequência de Afastamentos em Dias

No levantamento prospectivo também foi possível apontar as três secretarias com a maior média da Quantidade Total de Afastamentos: Secretaria de Educação com 6,95, Secretaria de Administração com 6,47 e Secretaria de Saúde com 6,21.

O mesmo foi atribuído para a maior média de Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada: Secretaria de Educação com 0,75, Secretaria de Saúde com 0,62 e Secretaria Municipal de Assistência Social com 0,58.

As Secretarias com maiores médias para o Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada foram: Secretaria de Educação com 6,12, Secretaria de Administração com 6,05 e Secretaria de Saúde com 5,60.

Para o Número de Afastamentos Médicos por Auxílio – Doença, as Secretarias com maiores médias foram: Secretaria Municipal de Assistência Social com 0,33, Secretaria de Administração com 0,21 e Secretaria de Educação com 0,12.

Já, para o Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho, as Secretarias com maiores médias foram somente: Secretaria de Obras e Serviços Públicos com 0,20 e Secretaria de Educação com 0,03.

As secretarias que apresentaram uma maior Frequência de Afastamentos, ou seja, cujo período entre uma ausência e outra foi menor, puderam ser verificados com suas médias em dias para: Secretaria de Saúde com 125,22, Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente com 128,84 e Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turístico com 134,72 (Tabela 21).

Tabela 21 - Incidência por Secretarias de: QTA, NAOFJ, NAMJF, NAMAD, NAMAT e FA_DIAS

Secretarias	QTA¹	NAOFJ²	NAMJF³	NAMAD⁴	NAMAT⁵	FA_DIAS⁶
Prefeitura Municipal – Gabinete e Assessores	1,33	0,33	1,00	0	0	243,55
Secretaria de Administração	6,47	0,21	6,05	0,21	0	201,29
Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente	5,00	0,50	4,50	0	0	128,84
Secretaria de Cultura, Juventude e Lazer	1,00	0,33	0,67	0	0	274,00
Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turístico	4,25	0	4,25	0	0	134,72
Secretaria de Educação	6,95	0,75	6,12	0,12	0,03	136,40
Secretaria de Esportes	2,00	0	2,00	0	0	180,06
Secretaria de Finanças	1,25	0	1,25	0	0	171,25
Secretaria Municipal de Assistência Social	5,75	0,58	4,83	0,33	0	154,68
Secretaria de Obras e Serviços Públicos	2,40	0	2,20	0	0,20	287,70
Secretaria de Vias Urbanas	0	0	0	0	0	0
Secretaria de Saúde	6,21	0,62	5,60	0,05	0	125,22

¹ Quantidade Total de Afastamentos

² Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

³ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

⁴ Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

⁵ Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

⁶ Frequência de Afastamentos em Dias

Em ambos os levantamentos, prospectivo e retrospectivo, a distribuição por secretarias não permitiu tratamento estatístico indutivo dado à existência de secretarias com amostragem diminuta.

5.7 ESCOLARIDADE

Quanto ao nível de escolaridade, a população analisada indicou taxa percentual de formação universitária prevalente compreendendo 44,6% e 44,7%, seguida de funcionários com ensino médio em 39,9% e 39,5%, e o índice menor de 15,5% e 15,8% foi atribuído ao funcionalismo com ensino fundamental, respectivamente para os levantamentos retrospectivo e prospectivo, em que pese uma taxa zero de analfabetismo em ambos (Tabela 22 e Gráfico 3).

Tabela 22 - Nível de Escolaridade analisado nas amostras da Prevalência e da Incidência

Escolaridade	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
1. Analfabetismo	0	0	0	0
2. Ensino Fundamental	53	15,5	48	15,8
3. Ensino Médio	135	39,9	120	39,5
4. Ensino Superior	152	44,6	136	44,7
Total	340	100,0	304	100,0

Gráfico 3 - Escolaridade das amostras da Prevalência e da Incidência

No levantamento retrospectivo a maior prevalência da Quantidade Total de Afastamentos foi encontrada no nível de ensino superior com média de 12,92 e desvio padrão de 16,84, e a maior média da incidência no levantamento prospectivo se deu no ensino fundamental, com 7,69 e desvio padrão de 8,95 (Tabela 23).

Tabela 23 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Escolaridade para Quantidade Total de Afastamentos

Escolaridade	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
2. Ensino Fundamental	12,77	15,91	7,69	8,95
3. Ensino Médio	9,28	12,49	5,39	6,20
4. Ensino Superior	12,92	16,84	6,40	7,11

Para o levantamento retrospectivo, a maior média do Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada foi verificado no nível de ensino médio com 1,13 e desvio padrão de 4,08, e a maior incidência encontrada no estudo prospectivo foi no ensino superior com média de 0,63 e desvio padrão de 1,47 (Tabela 24).

Tabela 24 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Escolaridade para Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

Escolaridade	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
2. Ensino Fundamental	0,56	1,53	0,60	1,50
3. Ensino Médio	1,13	4,08	0,60	2,16
4. Ensino Superior	1,01	2,37	0,63	1,47

Para o levantamento retrospectivo, o maior Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada foi verificado no nível de ensino superior com média de 11,66 e desvio padrão de 15,45, e a maior média da incidência encontrada no estudo prospectivo foi no ensino fundamental com 6,85 e desvio padrão de 8,40 (Tabela 25).

Tabela 25 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Escolaridade para Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

Escolaridade	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
2. Ensino Fundamental	10,94	13,18	6,85	8,40
3. Ensino Médio	7,84	10,46	4,73	5,60
4. Ensino Superior	11,66	15,45	5,76	6,61

No levantamento retrospectivo a maior média da prevalência do Número de Afastamentos Médicos por Auxílio - Doença foi encontrada no nível de ensino fundamental com 0,49 e desvio padrão de 0,99, e a maior média da incidência apontada no estudo prospectivo também foi no ensino fundamental com 0,21 e desvio padrão de 0,54 (Tabela 26).

Tabela 26 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Escolaridade para Número de Afastamentos Médicos por Auxílio - Doença

Escolaridade	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
2. Ensino Fundamental	0,49	0,99	0,21	0,54
3. Ensino Médio	0,29	0,67	0,09	0,29
4. Ensino Superior	0,21	0,62	0,07	0,25

No levantamento retrospectivo a maior média da prevalência do Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho foi encontrada no nível de ensino fundamental com 0,08 e desvio padrão de 0,27, e a maior média da incidência apontada no estudo prospectivo foi no ensino fundamental e médio com médias idênticas de 0,02 e desvio padrão de 0,14 e 0,13, respectivamente (Tabela 27).

Tabela 27 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Escolaridade para Número de Afastamentos Médicos por Acidente de trabalho

Escolaridade	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
2. Ensino Fundamental	0,08	0,27	0,02	0,14
3. Ensino Médio	0,04	0,21	0,02	0,13
4. Ensino Superior	0,07	0,30	0,01	0,12

No levantamento retrospectivo a maior Frequência de Afastamentos em Dias foi encontrada no nível de ensino médio com média de 390,18 e desvio padrão de 528,84, e a maior incidência apontada no estudo prospectivo foi no ensino fundamental média de 121,70 e desvio padrão de 186,48 (Tabela 28).

Tabela 28 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Escolaridade para Frequência de Afastamentos em Dias

Escolaridade	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
2. Ensino Fundamental	565,40	825,67	121,70	186,48
3. Ensino Médio	390,18	528,84	161,88	177,72
4. Ensino Superior	487,17	852,45	135,03	160,39

Aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (KS), o comportamento da amostra apontou uma distribuição normal praticamente para todos os níveis de escolaridade e todas as variáveis a eles aqui correlacionadas, exceto no ensino fundamental, no levantamento da Incidência, onde para a variável Quantidade Total de Afastamentos, a mostra não apresentou esta distribuição normal ($KS > 0,05$), sendo então empregado o teste estatístico da Correlação de Spearman, apropriado para dados não paramétricos, para a análise estatística inferencial.

Para Escolaridade houve significância na correlação negativa fraca ($r < -0,25$) somente com a Quantidade de Afastamento Médico por Auxílio – Doença, no levantamento retrospectivo. No entanto, no levantamento prospectivo nenhum dos quesitos analisados quando correlacionados com a Escolaridade apresentaram significância estatística (Tabela 29).

Tabela 29 - Correlação de Spearman com a Escolaridade como variável dependente para Prevalência e Incidência

Correlação	n	Prevalência		n	Incidência	
		Spearman r	p		Spearman r	p
Escolaridade & NAMAD ¹	340	- 0,14	0,012*	304	- 0,107	0,062
Escolaridade & NAMAT ²	340	- 0,02	0,772	304	- 0,015	0,789
Escolaridade & QTA ³	340	0,02	0,770	304	0,037	0,518
Escolaridade & FA_DIAS ⁴	340	- 0,05	0,334	304	0,050	0,384
Escolaridade & NAOFJ ⁵	340	0,10	0,077	304	0,047	0,412
Escolaridade & NAMFJ ⁶	340	0,02	0,765	304	0,048	0,403

¹ Número de Afastamentos Médicos por Auxílio - Doença

² Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

³ Quantidade Total de Afastamentos

⁴ Frequência de Afastamentos em Dias

⁵ Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

⁶ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

* Estatisticamente significante ($p < 0,05$)

5.8 FAIXA SALARIAL

Quanto às condições socioeconômicas, preponderou uma renda mensal de 1 a 3 salários mínimos com taxa percentual de 61,5% e 61,2%, intermediada por um rendimento salarial de 4 a 6 salários mínimos em 28,9% e 30,3%, contra um ganho superior a 6 salários mínimos em apenas 9,6% e 8,5% das amostragens da Prevalência e da Incidência, respectivamente (Tabela 30 e Gráfico 4).

Tabela 30 - Distribuição absoluta e relativa nas amostras em relação a Faixa Salarial para os levantamentos da Prevalência e da Incidência

Faixa Salarial	Prevalência		Incidência	
	n	%	n	%
1. Mais de 6 salários mínimos	33	9,6	26	8,5
2. 4 a 6 salários mínimos	98	28,9	92	30,3
3. 1 a 3 salários mínimos	209	61,5	186	61,2
Total	340	100,0	304	100,00

Gráfico 4 - Distribuição da Faixa Salarial nas amostras da Prevalência e da Incidência

Quanto a Faixa Salarial, a maior média da Quantidade Total de Afastamentos se deu entre os funcionários com renda entre 4 a 6 salários mínimos, com a média de 15,58 e desvio padrão de 19,09, no levantamento retrospectivo, e mostrou uma maior incidência, no prospectivo, nos servidores com renda entre 1 a 3 salários mínimos, com média de 6,36 e desvio padrão de 7,33 (Tabela 31).

Tabela 31 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Faixa Salarial para Quantidade Total de Afastamentos

Faixa Salarial	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
1. Mais de 6 salários mínimos	5,03	7,13	5,65	5,41
2. 4 a 6 salários mínimos	15,58	19,09	6,04	7,16
3. 1 a 3 salários mínimos	10,54	13,47	6,36	7,33

Tanto no levantamento retrospectivo, como no prospectivo, as maiores médias do Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada também se concentraram na Faixa Salarial de 4 a 6 salários mínimos, com as médias de 1,14 e 0,64, e desvio padrão de 2,68 e 1,56, respectivamente (Tabela 32).

Tabela 32 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Faixa Salarial para Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

Faixa Salarial	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
1. Mais de 6 salários mínimos	0,36	1,22	0,46	1,17
2. 4 a 6 salários mínimos	1,14	2,68	0,64	1,56
3. 1 a 3 salários mínimos	1,01	3,44	0,62	1,94

Para o Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada a maior média encontrada foi na Faixa Salarial dos funcionários com renda entre 4 a 6 salários mínimos, com 14,07 e desvio padrão de 17,49, no levantamento retrospectivo, e mostrou uma maior incidência, no prospectivo, nos servidores com renda entre 1 a 3 salários mínimos, com média de 5,63 e desvio padrão de 6,79 (Tabela 33).

Tabela 33 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Faixa Salarial para Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

Faixa Salarial	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
1. Mais de 6 salários mínimos	4,64	6,68	5,19	5,43
2. 4 a 6 salários mínimos	14,07	17,49	5,40	6,49
3. 1 a 3 salários mínimos	8,99	11,39	5,63	6,79

Para o Número de Afastamentos Médicos por Auxílio – Doença, a Faixa Salarial dos funcionários com renda entre 1 a 3 salários mínimos foi aquela na qual se encontraram as maiores prevalência e incidência, com médias de 0,31 e 0,12, e desvio padrão de 0,75 e 0,37, para ambos os levantamentos, retrospectivo e prospectivo, respectivamente (Tabela 34).

Tabela 34 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Faixa Salarial para Número de Afastamentos Médicos por Auxílio - Doença

Faixa Salarial	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
1. Mais de 6 salários mínimos	0,09	0,38	0	0
2. 4 a 6 salários mínimos	0,30	0,71	0,09	0,28
3. 1 a 3 salários mínimos	0,31	0,75	0,12	0,37

No levantamento retrospectivo o Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho apresentou maior média na faixa salarial entre 4 a 6 salários mínimos, com 0,08 e desvio padrão de 0,31, já no estudo prospectivo encontrou-se média idêntica de 0,02 para tal quesito nas faixas de 1 a 3 e 4 a 6 salários mínimos, com desvio padrão de 0,13 e 0,15, respectivamente (Tabela 35).

Tabela 35 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Faixa Salarial para Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

Faixa Salarial	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
1. Mais de 6 salários mínimos	0	0	0	0
2. 4 a 6 salários mínimos	0,08	0,31	0,02	0,15
3. 1 a 3 salários mínimos	0,06	0,25	0,02	0,13

No levantamento retrospectivo a maior Frequência de Afastamentos em Dias foi encontrada na faixa salarial entre 1 a 3 salários mínimos com média de 410,59 e desvio padrão de 619,13, e a maior incidência apontada no estudo prospectivo foi na faixa salarial entre 4 a 6 salários mínimos com média de 116,79 e desvio padrão de 143,26 (Tabela 36).

Tabela 36 - Prevalência e Incidência da média e desvio padrão por Faixa Salarial para Frequência de Afastamentos em Dias

Faixa Salarial	Prevalência		Incidência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
1. Mais de 6 salários mínimos	728,11	1.235,20	131,52	166,94
2. 4 a 6 salários mínimos	478,06	736,02	116,79	143,26
3. 1 a 3 salários mínimos	410,59	619,13	158,43	184,00

Aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (KS), o comportamento da amostra apontou uma distribuição normal praticamente para todas as faixas salariais e todas as variáveis à elas aqui correlacionadas, exceto na faixa salarial acima de 6 salários mínimos, no levantamento da Incidência, onde para as variáveis Quantidade Total de Afastamentos, Frequência de Afastamentos em

Dias e Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada, a mostra não apresentou esta distribuição normal ($KS > 0,05$), sendo então empregado o teste estatístico da Correlação de Spearman, apropriado para tais dados não paramétricos, para a análise estatística inferencial.

Não houve nenhuma correlação com significância entre Faixa Salarial e quaisquer das modalidades dos afastamentos pesquisados, e a frequência de afastamento dos servidores, em ambos os levantamentos, retrospectivo e prospectivo (Tabela 37).

Tabela 37 - Correlação de Spearman com a Faixa Salarial como variável dependente para Prevalência e Incidência

Correlação	Prevalência			Incidência		
	n	Spearman r	p	n	Spearman r	p
FXSALARI ⁷ & NAMAD ¹	340	0,065	0,233	304	0,082	0,155
FXSALARI ⁷ & NAMAT ²	340	0,016	0,770	304	0,006	0,920
FXSALARI ⁷ & QTA ³	340	0,020	0,720	304	- 0,009	0,879
FXSALARI ⁷ & FA_DIAS ⁴	340	- 0,037	0,493	304	0,055	0,343
FXSALARI ⁷ & NAOFJ ⁵	340	0,011	0,836	304	- 0,025	0,668
FXSALARI ⁷ & NAMFJ ⁶	340	0,013	0,808	304	- 0,019	0,747

¹ Número de Afastamentos Médicos por Auxílio - Doença

² Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

³ Quantidade Total de Afastamentos

⁴ Frequência de Afastamentos em Dias

⁵ Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

⁶ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

⁷ Faixa Salarial

5.9 QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS

Para ambos os estudos, retrospectivo e prospectivo, a quantidade de afastamentos, tanto de origem em patologias Médicas, como Odontológicas, foi dividida em 3 itens distintos de eventos e a sua soma total: Quantidade de Afastamentos do Trabalho por Falta Justificada, Quantidade de Afastamentos do Trabalho por Auxílio-Doença, Quantidade de Afastamentos do Trabalho por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho e Quantidade Total de Afastamentos do Trabalho (Gráfico 5).

5.9.1 Quantidade de afastamentos do trabalho por faltas justificadas ou abonadas

A quantidade de afastamentos por faltas justificadas variou dentro de uma gama de 0 a 41, para um mesmo servidor, e a somatória, de todos os servidores, atingiu um total de 1.866 eventos, com média de $6,14 \pm 7,06$, no levantamento prospectivo, quando comparada aos resultados anteriores retrospectivos, com variação de 0 a 96, total de 3.743 eventos e média de $11,01 \pm 14,56$.

5.9.2 Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Doença

A quantidade do benefício auxílio-doença somou um montante de 30 ocorrências, no seu total, que oscilaram de 0 a 3 eventos no máximo por funcionário licenciado, com média de $0,10 \pm 0,33$, no estudo da Incidência, quando comparada aos resultados obtidos na análise da Prevalência, com total de 97, variação de 0 a 5, e média $0,29 \pm 0,71$.

5.9.3 Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho

Foi registrada uma soma total de 5 sinistros, contemplando suas vítimas com o benefício do auxílio-acidente numa única faixa de 0 a 1 situação por beneficiário, com média de $0,02 \pm 0,12$, na coorte prospectiva, quando comparada a pesquisa retrospectiva, que apontou o total de 20, mínimo-máximo de 0 a 2, e média de $0,06 \pm 0,26$.

5.9.4 Quantidade total de afastamentos do trabalho – Soma total de todos os eventos

A somatória total de todas as ocorrências que conotaram afastamento do trabalhador por no mínimo um dia, ou por períodos de dias, em todas as

modalidades de afastamentos, atingiu a marca de 1.901 eventos, desde nenhum acontecimento, zero, até o limite de 41 situações de ausência ao trabalho justificada pelo mesmo servidor por atestação médico – odontológica, com uma média de $6,20 \pm 7,11$, na análise prospectiva da Incidência, comparada aos resultados da Prevalência que encontrou um total de 3.860, variação de 0 a 100, e média de $11,46 \pm 15,17$.

QAFJ: Quantidade de Afastamento do trabalho por Faltas Justificadas

QAAD: Quantidade de Afastamento do trabalho por Auxílio - Doença

QAAT: Quantidade de Afastamento do trabalho por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho

QTA: Quantidade Total de Afastamentos do trabalho

Gráfico 5 - Incidência e Prevalência da Quantidade de afastamento do trabalho por faltas justificadas (QAFJ), Quantidade de afastamento do trabalho por auxílio-doença (QAAD), Quantidade de afastamento do trabalho por auxílio-acidente / acidente de trabalho (QAAT) e Quantidade total de afastamentos do trabalho (QTA)

5.10 CAUSA(S) DO(S) AFASTAMENTO(S)

5.10.1 Origem Médica

Do universo amostral estudado 180 (59,2%) e 193 servidores (56,8%), tiveram como causas de seus afastamentos somente a origem em patologia médica, ao longo dos períodos dos levantamentos da Incidência e Prevalência, respectivamente.

5.10.2 Origem Odontológica

Somente 7 (2,3%) e 3 (0,9%) indivíduos foram evidenciados com afastamentos exclusivamente de origem patológica odontológica, nas análises da Incidência e da Prevalência, respectivamente.

5.10.3 Origem Médica e Odontológica

Já, os servidores com afastamentos encontrados em ambas as condições, médicas e odontológicas, para o mesmo indivíduo, foram 60 (19,7%) e 88 (25,9%), nos levantamentos da Incidência e Prevalência, respectivamente.

Aqui cabe apontar que da presente amostragem, 57 (18,8%) e 56 (16,5%) funcionários, não tiveram registrados nenhuma modalidade de afastamento para tratamento de saúde nos levantamentos prospectivo e retrospectivo, respectivamente (Tabela 38 e Gráficos 6 e 7).

Tabela 38 - Prevalência e Incidência de Causa(s) do(s) afastamento(s) – Segundo a Origem

Causa de afastamentos (médica / odontológica / ambas)	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sem afastamentos	56	16,5	57	18,8
Médica (M)	193	56,8	180	59,2
Odontológica (O)	3	0,9	7	2,3
Ambas (M e O)	88	25,9	60	19,7
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Gráfico 6 - Prevalência de Causa(s) do(s) afastamento(s) – Segundo a Origem

Gráfico 7 - Incidência de Causa(s) do(s) afastamento(s) – Segundo a Origem

5.11 ETIOLOGIA - CAUSA POR AFASTAMENTO MÉDICO

Quanto à etiologia foi atribuído a cada evento de afastamento a CID-10 da doença que o ocasionou, de acordo com a lista tabular de inclusões e subcategorias de quatro caracteres da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (OMS, 1997).

Adotou-se a lista detalhada de categorias de três caracteres da CID-10, onde foram especificados os achados das Pesquisas de Prevalência e de Incidência em números absolutos e relativos. As categorias com maior frequência no estudo retrospectivo foram: Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99), com 389 codificações (11%), seguida das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99), com 342 citações (9,68%), e das Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99), presentes em 285 atestados (8,05%), não obstante tenha sido encontrado elevado índice de atestações sem a presença da CID que justificasse o afastamento, com 1.139 eventos (32,33%). Por outro lado, as categorias com maior ocorrência na análise prospectiva foram atribuídas à: Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99), com 248 atestações (13,95%), seguida das Doenças do Sistema

Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99), com 247 eventos (13,87%), e das Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99), com 228 codificações (12,82%), em que pese o fato da redução substancial das atestações sem CID determinada em apenas 111 achados (6,24%) (Tabela 39, Gráficos 8, 9 e 10).

Tabela 39 - Prevalência e Incidência das Categorias de três caracteres da CID-10 encontradas

Categoria CID-10	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
A00-B99	146	4,16	105	5,93
C00-D48	32	0,95	35	1,97
D50-D89	6	0,18	4	0,24
E00-E90	62	1,74	44	2,42
F00-F99	161	4,56	119	6,64
G00-G99	49	1,4	43	2,4
H00-H59	113	3,22	61	3,41
H60-H95	42	1,18	26	1,45
I00-I99	106	3,01	86	4,81
J00-J99	389	11	228	12,82
K00-K93	105	2,98	75	4,23
L00-L99	32	0,95	27	1,56
M00-M99	342	9,68	247	13,87
N00-N99	285	8,05	153	8,62
O00-O99	35	1,02	7	0,42
P00-P96	0	0	0	0
Q00-Q99	2	0,06	1	0,06
R00-R99	128	3,61	131	7,41
S00-T98	96	2,75	19	1,09
V01-Y98	17	0,48	2	0,11
Z00-Z99	200	5,64	248	13,95
SC - Sem CID	1139	32,33	111	6,24
Inexistente	36	1,05	6	0,35
Total	3523	100	1778	100

Gráfico 8 - Prevalência das categorias da CID-10

Gráfico 9 - Incidência das categorias da CID-10

Gráfico 10 - Incidência e Prevalência das categorias da CID-10 identificadas e válidas

As categorias de três caracteres e subcategorias opcionais de quatro caracteres com as Listas Abreviadas de Tabulação para Mortalidade e para Morbidade da CID-10 encontradas foram descritas em cada subitem, individualizando os resultados obtidos nos dois levantamentos, Prevalência e Incidência. Assim, cada CID encontrada foi computada, em números absolutos e relativos, com sua respectiva descrição.

Nestes subitens também foram relacionadas cada uma das categorias da CID-10, referentes a cada grupo de patologia médica encontrada, de acordo com a lista tabular, se presente ou não, em cada indivíduo da mostra, apontando em

números absolutos e relativos, tanto a Prevalência, como a Incidência, das patologias nos sujeitos de pesquisa acometidos da amostra.

5.11.1 Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99)

Para o estudo da Prevalência houve a ocorrência de afastamentos médicos ocasionados por Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias em 104 indivíduos, correspondentes a 30,6% da mostra. Já no levantamento da Incidência, 56 sujeitos (18,4%) foram afetados por esta modalidade de patologias (Tabela 40).

Tabela 40 - Prevalência e Incidência de Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99) nos indivíduos da mostra

Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias A00-B99	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	236	69,4	248	81,6
Sim	104	30,6	56	18,4
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

A maior prevalência neste grupo foi da CID A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, com 78 codificações (2,21%), da soma total de 146 (4,16%) (Tabela 41).

Tabela 41 - Prevalência de Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
A01	1	0,03	Febre tifoide e paratifoide
A02	1	0,03	Infecções por <i>Salmonella</i>
A04	1	0,03	Infecções intestinais bacterianas
A05	1	0,03	Intoxicações alimentares bacterianas
A05.9	1	0,03	Intoxicações alimentares bacterianas não especificadas
A06	2	0,06	Amebíase
A06.0	3	0,08	Disenteria amebiana aguda
A08	8	0,21	Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas
A08.0	2	0,06	Enterite por rotavírus
A08.4	4	0,11	Infecção intestinal devida a vírus não especificado

(Cont. Tabela 41 - Prevalência de Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
A08.5	2	0,06	Outras infecções intestinais especificadas
A09	78	2,21	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível
A19	1	0,03	Tuberculose miliar
A46	1	0,03	Erisipela
A49	1	0,03	Infecção bacteriana de localização não especificada
A49.0	1	0,03	Infecção estafilocócica de localização não especificada
A49.2	1	0,03	Infecção por <i>Haemophilus influenzae</i> de localização não especificada
A90	3	0,08	Dengue (dengue clássico)
B01	3	0,08	Varicela (catapora)
B01.0	1	0,03	Meningite por Varicela
B01.1	1	0,03	Encefalite por Varicela
B01.9	1	0,03	Varicela sem complicação
B02	2	0,06	Herpes Zoster (Zona)
B02.9	1	0,03	Herpes Zoster sem complicação
B05	1	0,03	Sarampo
B06.9	1	0,03	Rubéola sem complicação
B07	1	0,03	Verrugas de origem viral
B30	3	0,08	Conjuntivite viral
B30.1	1	0,03	Conjuntivite devida a adenovírus
B30.9	1	0,03	Conjuntivite viral não especificada
B33	2	0,06	Outras doenças por vírus não classificada em outra parte
B34.1	2	0,06	Infecção por enterovírus de localização não especificada
B34.9	4	0,11	Infecção viral não especificada
B35	2	0,06	Dermatofitose
B36	1	0,03	Outras micose superficiais
B68	2	0,06	Infestação por <i>Taenia</i>
B82	1	0,03	Parasitose intestinal não especificada
B97.8	1	0,03	Outros agentes virais, como causa de doenças classificadas em outros capítulos
B99	2	0,06	Doenças infecciosas, outras e as não especificadas
Total	146	4,16	

A maior Incidência neste grupo também foi da CID A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, com 74 codificações (4,16%), da somatória total de 105 (5,93%) (Tabela 42).

Tabela 42 - Incidência de Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
A01	1	0,06	Febre tifoide e paratifoide
A04	1	0,06	Outras infecções intestinais bacterianas
A04.9	3	0,16	Infecção intestinal bacteriana não especificada
A05	1	0,06	Outras intoxicações alimentares bacterianas, não classificadas em outra parte
A06.0	1	0,06	Disenteria amebiana aguda
A08	9	0,5	Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas
A08.4	1	0,06	Infecção intestinal devida a vírus não especificado
A09	74	4,16	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível
B01.9	1	0,06	Varicela sem complicação
B26.9	1	0,06	Caxumba [parotidite epidêmica] sem complicações
B30	1	0,06	Conjuntivite viral
B30.9	1	0,06	Conjuntivite viral não especificada
B33	5	0,28	Outras doenças por vírus não classificada em outra parte
B34.9	1	0,06	Infecção viral não especificada
B35	2	0,11	Dermatofitose
B86	1	0,06	Escabiose (sarna)
B99	1	0,06	Doenças infecciosas, outras e as não especificadas
Total	105	5,93	

5.11.2 Neoplasias (Tumores) – (C00-D48)

As neoplasias, benignas e malignas, ou ainda, outras lesões benignas atingiram 22 servidores (6,5%) no levantamento da Prevalência, e 14 (4,6%) no da Incidência, conforme a Tabela 43.

Tabela 43 - Prevalência e Incidência de Neoplasias (Tumores) – (C00-D48) nos indivíduos da mostra

Neoplasias (Tumores) C00-D48	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	318	93,5	290	95,4
Sim	22	6,5	14	4,6
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

A maior prevalência encontrada neste subitem foi da CID D25 – Leiomioma do útero, com 5 codificações (0,14%), do total de 32 (0,95%) (Tabela 44).

Tabela 44 - Prevalência de Neoplasias (Tumores) – (C00-D48)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
C13	1	0,03	Neoplasia maligna da região pós-cricoidea
C20	2	0,06	Neoplasia maligna do reto
C50	2	0,06	Neoplasia maligna do mamilo e aréola
C50.0	1	0,03	Neoplasia maligna do mamilo e aréola
C50.1	1	0,03	Neoplasia maligna da porção central da mama
C50.4	1	0,03	Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama
C50.8	1	0,03	Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva
C50.9	2	0,06	Neoplasia maligna da mama, não especificada
C53	1	0,03	Neoplasia maligna do colo do útero
C61	1	0,03	Neoplasia maligna da próstata
C67.8	1	0,03	Neoplasia maligna da bexiga com lesão invasiva
C76.0	1	0,03	Neoplasia maligna da cabeça, face e pescoço
C83.1	1	0,03	Linfoma não-Hodgkin difuso, pequenas células clivadas (difuso)
D06	1	0,03	Carcinoma <i>in situ</i> do endocervix (colo do útero)
D06.9	1	0,03	Carcinoma <i>in situ</i> do colo do útero, não especificado
D17.2	1	0,03	Neoplasia lipomatosa benigna da pele e tecido subcutâneo dos membros
D20.0	1	0,03	Neoplasia benigna do retroperitônio
D22	1	0,03	Nevo melanocítico
D22.5	1	0,03	Nevo melanocítico do tronco
D22.9	2	0,06	Nevo melanocítico, não especificado
D24	1	0,03	Neoplasia benigna da mama
D25	5	0,14	Leiomioma do útero
D25.9	1	0,03	Leiomioma do útero, não especificado
D36.0	1	0,03	Neoplasia benigna dos gânglios linfáticos (linfonodos)
Total	32	0,95	

Já, as maiores incidências encontradas foram da CID C50.9 – Neoplasia maligna da mama e D25 – Leiomioma do útero, ambas com 7 codificações (0,39%) cada, de um total de 35 (1,97%) (Tabela 45).

Tabela 45 - Incidência de Neoplasias (Tumores) – (C00-D48)

CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Descrição
C43	2	0,11	Melanoma maligno da pele
C43.5	1	0,06	Melanoma maligno do tronco
C43.9	1	0,06	Melanoma maligno de pele, não especificado

(Cont. Tabela 45 - Incidência de Neoplasias (Tumores) – (C00-D48))

CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Descrição
C50	1	0,06	Neoplasia maligna da mama
C50.0	3	0,16	Neoplasia maligna do mamilo e aréola
C50.2	1	0,06	Neoplasia maligna do quadrante superior interno da mama
C50.4	2	0,11	Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama
C50.9	7	0,39	Neoplasia maligna da mama, não especificada
C52	1	0,06	Neoplasia maligna da vagina
C53	1	0,06	Neoplasia maligna do colo do útero
D06.9	2	0,11	Carcinoma <i>in situ</i> do colo do útero, não especificado
D12	1	0,06	Neoplasia benigna do cólon, reto, canal anal e ânus
D22	1	0,06	Nevos melanocíticos
D24	2	0,11	Neoplasia benigna da mama
D25	7	0,39	Leiomioma do útero
D25.0	2	0,11	Leiomioma submucoso do útero
Total	35	1,97	

5.11.3 Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários – (D50-D89)

As doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, e alguns transtornos imunitários foram responsáveis pelo afastamento de somente 6 pacientes, refletindo em 1,8% da amostra no estudo da Prevalência, e de 3 indivíduos (1,0%) no levantamento da Incidência (Tabela 46).

Tabela 46 - Prevalência e Incidência de Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários – (D50-D89) nos indivíduos da mostra

Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários D50-D89	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	334	98,2	301	99,0
Sim	6	1,8	3	1,0
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

A maior prevalência encontrada neste quesito foi da CID D50 – Anemia por deficiência de Ferro, com 2 codificações (0,06%), do total de 6 (0,18%) (Tabela 47).

Tabela 47 - Prevalência de Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários – (D50-D89)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
D50	2	0,06	Anemia por deficiência de Ferro
D50.0	1	0,03	Anemia por deficiência de Ferro secundária à perda de sangue (crônica)
D50.9	1	0,03	Anemia por deficiência de Ferro não especificada
D64	1	0,03	Outras anemias
D64.9	1	0,03	Anemia não especificada
Total	6	0,18	

Não houve uma incidência identificada nesta categoria da CID, com maior índice, onde foram contabilizadas 4 patologias distintas codificadas em ocorrências individuais únicas e idênticas (0,06%), sendo 3 quadros anêmicos e 1 discrasia sanguínea por plaquetopenia inespecífica (0,24%) (Tabela 48).

Tabela 48 - Incidência de Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários – (D50-D89)

CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Descrição
D50	1	0,06	Anemia por deficiência de Ferro
D50.9	1	0,06	Anemia por deficiência de Ferro não especificada
D64.9	1	0,06	Anemia não especificada
D69.6	1	0,06	Trombocitopenia não especificada
Total	4	0,24	

5.11.4 Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas – (E00-E90)

Houve uma prevalência de 10,6%, apontando 36 pacientes portadores de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas como fatores causais de ausências ao trabalho na análise retrospectiva, e uma incidência de 7,6%, equivalentes a 23 sujeitos que se ausentaram pela mesma categoria de patologias no estudo prospectivo (Tabela 49).

Tabela 49 - Prevalência e Incidência de Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas – (E00-E90) nos indivíduos da mostra

Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas E00-E90	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	304	89,4	281	92,4
Sim	36	10,6	23	7,6
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

A patologia mais prevalente deste grupo foi da CID E66 – Obesidade, com 13 citações (0,36%), do total de 62 (1,74%) (Tabela 50).

Tabela 50 - Prevalência de Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas – (E00-E90)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
E00	1	0,03	Síndrome de deficiência congênita de iodo
E03	3	0,08	Outros hipotireoidismos
E03.8	6	0,17	Outros hipotireoidismos especificados
E04	4	0,11	Outros bócios não tóxicos
E04.2	1	0,03	Bócio não tóxico multinodular
E05	4	0,11	Tireotoxicose (hipertireoidismo)
E05.0	3	0,08	Tireotoxicose com bócio difuso
E06.3	3	0,08	Tireoidite auto-imune
E07.9	1	0,03	Transtorno não especificado da tireoide
E10	1	0,03	<i>Diabetes mellitus</i> insulino-dependente
E11	2	0,06	<i>Diabetes mellitus</i> não insulino-dependente
E14	1	0,03	<i>Diabetes mellitus</i> não especificado
E14.1	1	0,03	<i>Diabetes mellitus</i> não especificado - com cetoacidose
E16	2	0,06	Outros transtornos da secreção pancreática interna
E16.2	1	0,03	Hipoglicemia não especificada
E28.2	3	0,08	Síndrome do ovário policístico
E28.3	1	0,03	Insuficiência ovariana primária
E43	1	0,03	Desnutrição proteico-calórica grave não especificada
E56	1	0,03	Outras deficiências vitamínicas
E65	1	0,03	Adiposidade localizada
E66	13	0,36	Obesidade
E78	4	0,11	Distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e outras lipidemias
E78.2	3	0,08	Hiperlipidemia mista
E79	1	0,03	Distúrbios do metabolismo de purina e pirimidina
Total	62	1,74	

Da mesma forma, a patologia mais incidente deste grupo também foi da CID E66 – Obesidade, com 8 codificações (0,45%), do total de 44 (2,42%) (Tabela 51).

Tabela 51 - Incidência de Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas – (E00-E90)

CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Descrição
E02	1	0,06	Hipotireoidismo subclínico por deficiência de Iodo
E03	2	0,11	Outros Hipotireoidismos
E03.8	6	0,32	Outros hipotireoidismos especificados
E04	2	0,11	Outros Bócios não-tóxicos
E07.9	1	0,06	Transtorno não especificado da tireoide
E10	6	0,32	<i>Diabetes Mellitus</i> Insulino-dependente
E10.7	2	0,11	<i>Diabetes Mellitus</i> Insulino-dependente - com complicações múltiplas
E11	3	0,16	<i>Diabetes Mellitus</i> não-insulino-dependente
E11.9	5	0,28	<i>Diabetes Mellitus</i> não-insulino-dependente - sem complicações
E28.2	3	0,16	Síndrome do ovário policístico
E66	8	0,45	Obesidade
E78	3	0,16	Distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e outras lipidemias
E78.0	1	0,06	Hipercolesterolemia pura
E78.2	1	0,06	Hiperlipidemia mista
Total	44	2,42	

5.11.5 Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99)

As alterações psíquicas, transtornos mentais e comportamentais estiveram presentes em 75 servidores, num montante de 22,1% de ocorrência relacionada ao absenteísmo no levantamento de Prevalência, e em 51 indivíduos (16,8%) na análise da Incidência (Tabela 52).

Tabela 52 - Prevalência e Incidência de Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99) nos indivíduos da mostra

Transtornos Mentais e Comportamentais F00-F99	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	265	77,9	253	83,2
Sim	75	22,1	51	16,8
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Isoladamente a CID mais prevalente neste subitem foi a F32 – episódios depressivos, com 33 codificações (0,93%), seguida pela F41.1 – ansiedade generalizada, com 31 (0,88%), do total de 161 (4,56%) (Tabela 53).

Tabela 53 - Prevalência de Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
F06.6	1	0,03	Transtorno de labilidade emocional [astênico] orgânico
F10.2	2	0,06	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência
F20.0	2	0,06	Esquizofrenia paranoide
F20.6	2	0,06	Esquizofrenia simples
F31	3	0,08	Transtorno afetivo bipolar
F31.1	1	0,03	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
F31.2	1	0,03	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F32	33	0,93	Episódios depressivos
F32.0	5	0,14	Episódio depressivo leve
F32.1	5	0,14	Episódio depressivo moderado
F32.2	4	0,11	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
F32.9	3	0,08	Episódio depressivo não especificado
F33.1	7	0,19	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado
F34	1	0,03	Transtorno de humor persistentes
F40.9	1	0,03	Transtorno fóbico-ansioso não especificado
F41	6	0,17	Outros transtornos ansiosos
F41.1	31	0,88	Ansiedade generalizada
F41.2	17	0,48	Transtorno misto ansioso e depressivo
F42	2	0,06	Transtorno obsessivo compulsivo
F43	5	0,14	Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação
F43.0	6	0,17	Reação aguda ao "stress"
F43.1	1	0,03	Estado de "stress" pós-traumático
F43.2	3	0,08	Transtornos de adaptação
F43.8	1	0,03	Outras reações ao "stress" grave
F44	1	0,03	Transtornos dissociativos
F44.1	1	0,03	Fuga dissociativa
F44.7	7	0,19	Transtorno dissociativo misto [de conversão]
F44.9	1	0,03	Transtorno dissociativo [de conversão] não especificado
F45	2	0,06	Transtornos somatoformes
F45.0	1	0,03	Transtorno de somatização
F51.0	1	0,03	Insônia não-orgânica
F52	1	0,03	Disfunção Sexual não causada por transtorno ou doença orgânica
F60.4	1	0,03	Personalidade histriônica

(Cont. Tabela 53 - Prevalência de Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
F84	1	0,03	Transtornos Globais do Desenvolvimento
F92.0	1	0,03	Distúrbio depressivo de conduta
Total	161	4,56	

Seguindo a mesma tendência da Prevalência, somente invertendo a ordem de ocorrência, a CID mais incidente neste subitem foi a F41.1 – ansiedade generalizada, com 22 codificações (1,24%), seguida da F32 – episódios depressivos, com 18 (1,01%), do total de 119 (6,64%) (Tabela 54).

Tabela 54 - Incidência de Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99)

CID	Frequência (n)	Percentagem (%)	Descrição
F06.6	1	0,06	Transtorno de labilidade emocional [astênico] orgânico
F11	1	0,06	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos
F20.6	1	0,06	Esquizofrenia simples
F23.3	1	0,06	Outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes
F29	1	0,06	Psicose não-orgânica não especificada
F31.3	1	0,06	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
F31.7	2	0,11	Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão
F31.9	2	0,11	Transtorno afetivo bipolar não especificado
F32	18	1,01	Episódios Depressivos
F32.0	4	0,22	Episódio depressivo leve
F32.1	8	0,45	Episódio depressivo moderado
F32.9	3	0,16	Episódio depressivo não especificado
F33	7	0,39	Transtorno Depressivo Recorrente
F33.0	1	0,06	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve
F33.1	2	0,11	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado
F33.2	1	0,06	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos
F41	4	0,22	Outros Transtornos Ansiosos
F41.0	2	0,11	Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica]
F41.1	22	1,24	Ansiedade generalizada
F41.2	13	0,73	Transtorno misto ansioso e depressivo
F41.9	3	0,16	Transtorno ansioso não especificado
F43	6	0,32	Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação
F43.0	2	0,11	Reação aguda ao "stress"
F43.1	1	0,06	Estado de "stress" pós-traumático
F44.7	6	0,32	Transtorno dissociativo misto [de conversão]
F45.0	1	0,06	Transtorno de somatização

(Cont. Tabela 54 - Incidência de Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99))

CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Descrição
F60.3	2	0,11	Transtorno de personalidade com instabilidade emocional
F60.4	3	0,16	Personalidade histriônica
Total	119	6,64	

5.11.6 Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99)

As doenças do sistema nervoso se manifestaram no período retrospectivo estudado em 39 indivíduos, representando 11,5% dos sujeitos da mostra, e subsequentemente em 34 servidores (11,2%) no levantamento prospectivo, segundo a Tabela 55.

Tabela 55 - Prevalência e Incidência de Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99) nos indivíduos da mostra

Doenças do Sistema Nervoso G00-G99	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	301	88,5	270	88,8
Sim	39	11,5	34	11,2
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Neste grupo de patologias, a prevalência se deu para a CID G43 – Enxaqueca, com 20 eventos codificados (0,56%), da soma total de 49 (1,4%) (Tabela 56).

Tabela 56 - Prevalência de Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
G03	2	0,06	Meningite por outras causas
G10	1	0,03	Doença de Huntington
G11	1	0,03	Ataxia Hereditária
G20	1	0,03	Doença de Parkinson
G40	1	0,03	Epilepsia
G43	20	0,56	Enxaqueca
G43.0	2	0,06	Enxaqueca sem aura [enxaqueca comum]
G43.1	1	0,03	Enxaqueca com aura [enxaqueca clássica]

(Cont. Tabela 56 - Prevalência de Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
G43.9	4	0,11	Enxaqueca, sem especificação
G44	2	0,06	Outras síndromes de algias cefálicas
G44.1	2	0,06	Cefaleia vascular, não classificada em outra parte
G45	1	0,03	Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas
G45.9	1	0,03	Isquemia cerebral transitória não especificada
G47.3	4	0,11	Apneia de sono
G51	1	0,03	Transtornos do nervo facial
G56	1	0,03	Mononeuropatias dos membros superiores
G56.0	3	0,08	Síndrome do túnel do carpo
G57	1	0,03	Mononeuropatias dos membros inferiores
Total	49	1,4	

Na mesma tendência da prevalência, a patologia mais codificada no levantamento da incidência também foi a CID G43 – Enxaqueca, com 27 eventos (1,52%), de um total de 43 (2,4%) (Tabela 57).

Tabela 57 - Incidência de Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99)

CID	Frequência (n)	Percentagem (%)	Descrição
G40	3	0,16	Epilepsia
G43	27	1,52	Enxaqueca
G43.9	4	0,22	Enxaqueca, sem especificação
G45	1	0,06	Acidentes Vasculares Cerebrais Isquêmicos Transitórios e Síndromes Correlatas
G47.3	2	0,11	Apneia de sono
G55.1	2	0,11	Compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornos dos discos intervertebrais
G56	1	0,06	Mononeuropatias dos membros superiores
G56.0	3	0,16	Síndrome do túnel do carpo
Total	43	2,4	

5.11.7 Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59)

Doenças de cunho oftalmológico e dos anexos da visão atingiram 23,5% dos indivíduos da mostra estudada, sendo responsáveis pelo afastamento do trabalho de 80 funcionários no período retrospectivo do levantamento, e 43 (14,1%), no prospectivo (Tabela 58).

Tabela 58 - Prevalência e Incidência de Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59) nos indivíduos da mostra

Doenças do Olho e Anexos H00-H59	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	260	76,5	261	85,9
Sim	80	23,5	43	14,1
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Para as doenças do olho e anexos houve a prevalência da CID H10 – Conjuntivite, com 29 codificações (0,82%), do total de 113 (3,22%) (Tabela 59).

Tabela 59 - Prevalência de Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
H00	1	0,03	Hordéolo e Calázio
H01	1	0,03	Outras inflamações na pálpebra
H01.8	1	0,03	Outras inflamações especificadas da pálpebra
H02.4	1	0,03	Ptose da pálpebra
H04	1	0,03	Transtornos do Aparelho Lacrimal
H05.2	1	0,03	Afecções exoftálmicas
H10	29	0,82	Conjuntivite
H10.0	4	0,11	Conjuntivite mucopurulenta
H10.3	3	0,08	Conjuntivite aguda não especificada
H10.9	12	0,33	Conjuntivite não especificada
H11.0	2	0,06	Pterígio
H11.2	1	0,03	Cicatrizes da conjuntiva
H13.1	1	0,03	Conjuntivite em doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte
H16	2	0,06	Ceratite
H16.0	3	0,08	Úlcera de córnea
H16.2	1	0,03	Ceratoconjuntivite
H16.8	1	0,03	Outras ceratites
H17	1	0,03	Cicatrizes e opacidades da córnea
H18	1	0,03	Outros transtornos da córnea
H18.6	1	0,03	Ceratocone
H18.7	1	0,03	Outras deformidades da córnea
H21.3	1	0,03	Cistos da íris, do corpo ciliar e da câmara anterior
H25.1	3	0,08	Catarata senil nuclear
H35	2	0,06	Outros transtornos da retina
H35.4	1	0,03	Degenerações periféricas da retina
H35.8	1	0,03	Outros transtornos especificados da retina
H40	1	0,03	Glaucoma

(Cont. Tabela 59 - Prevalência de Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
H40.0	2	0,06	Suspeita de glaucoma
H42	1	0,03	Glaucomas em doenças classificadas em outra parte
H46	1	0,03	Neurite óptica
H52	9	0,26	Transtornos da refração e da acomodação
H52.0	2	0,06	Hipermetropia
H52.1	5	0,14	Miopia
H52.2	1	0,03	Astigmatismo
H52.3	1	0,03	Anisometropia e aniseiconia
H52.4	3	0,08	Presbiopia
H52.7	3	0,08	Transtorno não especificado da refração
H53.9	6	0,17	Distúrbio visual não especificado
H57.1	1	0,03	Dor ocular
Total	113	3,22	

Já o levantamento da incidência das doenças do olho e anexos apontou a CID H52 – Transtornos da refração e da acomodação, como mais frequente com 9 codificações (0,5%), do total de 61 (3,41%) (Tabela 60).

Tabela 60 - Incidência de Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59)

CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Descrição
H01	1	0,06	Outras inflamações da pálpebra
H01.8	1	0,06	Outras inflamações especificadas da pálpebra
H02.7	1	0,06	Outros transtornos degenerativos da pálpebra e da área periocular
H10	7	0,39	Conjuntivite
H10.0	2	0,11	Conjuntivite mucopurulenta
H10.9	5	0,28	Conjuntivite não especificada
H11	4	0,22	Outros transtornos da conjuntiva
H16	4	0,22	Ceratite
H16.9	1	0,06	Ceratite não especificada
H18	2	0,11	Outros transtornos da córnea
H18.0	1	0,06	Pigmentações e depósitos da córnea
H18.6	2	0,11	Ceratocone
H26.4	2	0,11	Pós-catarata
H35	1	0,06	Outros transtornos da retina
H40	1	0,06	Glaucoma
H46	3	0,16	Neurite óptica
H52	9	0,5	Transtornos da refração e da acomodação
H52.0	1	0,06	Hipermetropia
H52.1	3	0,16	Miopia

(Cont. Tabela 60 - Incidência de Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59))

CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Descrição
H52.2	3	0,16	Astigmatismo
H52.7	1	0,06	Transtorno não especificado da refração
H53	1	0,06	Distúrbios visuais
H53.9	5	0,28	Distúrbio visual não especificado
Total	61	3,41	

5.11.8 Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95)

Quanto às afecções de origem otológica e da apófise mastoide, houve uma taxa de ocorrência no estudo retrospectivo de 9,1%, manifestando-se em 31 sujeitos da mostra, e de 6,6%, 20 indivíduos, na análise prospectiva (Tabela 61).

Tabela 61 - Prevalência e Incidência de Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95) nos indivíduos da mostra

Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide H60-H95	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	309	90,9	284	93,4
Sim	31	9,1	20	6,6
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Para as patologias otológicas e da apófise mastoide houve a prevalência da CID H83.0 – Labirintite, manifestando-se em 11 atestações (0,3%), do total de 42 (1,18%) (Tabela 62).

Tabela 62 - Prevalência de Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
H60	3	0,08	Otite externa
H61	2	0,06	Outros transtornos do ouvido externo
H65	4	0,11	Otite média não-supurativa
H65.0	3	0,08	Otite média aguda serosa
H65.9	1	0,03	Otite média não-supurativa, não especificada
H66	1	0,03	Otite média supurativa e as não especificadas

(Cont. Tabela 62 - Prevalência de Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
H68	1	0,03	Salpingite e obstrução da trompa de Eustáquio
H81	6	0,17	Transtornos da função vestibular
H83	6	0,17	Outros transtornos do ouvido interno
H83.0	11	0,3	Labirintite
H90.3	1	0,03	Perda de audição bilateral neuro-sensorial
H90.4	1	0,03	Perda de audição unilateral neuro-sensorial, sem restrição de audição contralateral
H90.5	1	0,03	Perda de audição neuro-sensorial não especificada
H91.9	1	0,03	Perda não especificada de audição
Total	42	1,18	

No entanto, ainda para as patologias otológicas e da apófise mastoide não houve uma maior incidência única, aparecendo as CIDs H83.0 – Labirintite, H65.0 - Otite média aguda serosa e, H66 - Otite média supurativa e as não especificadas, cada uma delas com 4 codificações (0,22%) de um total de 26 (1,45%) (Tabela 63).

Tabela 63 - Incidência de Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95)

CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Descrição
H61	1	0,06	Outros transtornos do ouvido externo
H65	3	0,16	Otite média não-supurativa
H65.0	4	0,22	Otite média aguda serosa
H65.9	1	0,06	Otite média não-supurativa, não especificada
H66	4	0,22	Otite média supurativa e as não especificadas
H70.0	1	0,06	Mastoidite aguda
H81	3	0,16	Transtornos da função vestibular
H83.0	4	0,22	Labirintite
H91	1	0,06	Outras perdas de audição
H92.0	1	0,06	Otalgia
H93	2	0,11	Outros transtornos do ouvido não classificados em outra parte
H93.1	1	0,06	<i>Tinnitus</i>
Total	26	1,45	

5.11.9 Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99)

As patologias do aparelho circulatório se manifestaram em uma taxa de prevalência de 21,5% dos indivíduos da amostra, provocando ausência do trabalho

de 73 servidores no período retrospectivo, e de 50 (16,4%), no prospectivo (Tabela 64).

Tabela 64 - Prevalência e Incidência de Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99) nos indivíduos da mostra

Doenças do Aparelho Circulatório I00-I99	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	267	78,5	254	83,6
Sim	73	21,5	50	16,4
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

A CID mais prevalente encontrada para as doenças do aparelho circulatório foi a I10 – Hipertensão essencial, com 49 codificações (1,39%), do total de 106 (3,01%) (Tabela 65).

Tabela 65 - Prevalência de Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
I00	2	0,06	Febre Reumática sem menção de comprometimento do coração
I01	1	0,03	Febre Reumática com menção de comprometimento do coração
I10	49	1,39	Hipertensão essencial
I15.9	1	0,03	Hipertensão secundária, não especificada
I20	2	0,06	Angina <i>Pectoris</i>
I20.9	5	0,14	Angina <i>Pectoris</i> , não especificada
I21	1	0,03	Infarto Agudo do Miocárdio
I48	2	0,06	<i>Flutter</i> e Fibrilação Atrial
I49	1	0,03	Outras arritmias cardíacas
I49.9	1	0,03	Arritmia cardíaca não especificada
I50	1	0,03	Insuficiência cardíaca
I80	1	0,03	Flebite e tromboflebite
I80.1	1	0,03	Flebite e tromboflebite da veia femoral
I80.9	1	0,03	Flebite e tromboflebite de localização não especificada
I82	1	0,03	Outra embolia e trombose venosa
I83	8	0,21	Varizes dos membros inferiores
I83.1	10	0,27	Varizes dos membros inferiores com inflamação
I83.2	1	0,03	Varizes dos membros inferiores com úlcera e inflamação
I83.9	6	0,17	Varizes dos membros inferiores sem úlcera ou inflamação
I84	1	0,03	Hemorroidas
I84.1	1	0,03	Hemorroidas internas com outras complicações

(Cont. Tabela 65 - Prevalência de Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
I84.3	1	0,03	Hemorroidas externas trombosadas
I84.7	1	0,03	Hemorroidas trombosadas, não especificadas
I84.9	3	0,08	Hemorroidas sem complicações, não especificadas
I87.0	1	0,03	Síndrome pós-flebite
I95.9	1	0,03	Hipotensão não especificada
I97.2	1	0,03	Síndrome do linfedema pós-mastectomia
I99	1	0,03	Outros transtornos do aparelho circulatório
Total	106	3,01	

Consonante ao resultado do estudo da Prevalência, a CID mais frequente encontrada no levantamento da Incidência, para as doenças do aparelho circulatório, também foi a I10 – Hipertensão essencial, com 48 codificações (2,69%), do total de 86 (4,81%) (Tabela 66).

Tabela 66 - Incidência de Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99)

CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Descrição
I10	48	2,69	Hipertensão essencial
I11	1	0,06	Doença cardíaca hipertensiva
I21	2	0,11	Infarto Agudo do Miocárdio
I49.5	3	0,16	Síndrome do nódulo sinusal
I49.9	1	0,06	Arritmia cardíaca não especificada
I80	2	0,11	Flebite e tromboflebite
I80.0	1	0,06	Flebite e tromboflebite dos vasos superficiais dos membros inferiores
I80.9	1	0,06	Flebite e tromboflebite de localização não especificada
I83	9	0,5	Varizes dos membros inferiores
I83.0	1	0,06	Varizes dos membros inferiores com úlcera
I83.1	6	0,32	Varizes dos membros inferiores com inflamação
I83.9	6	0,32	Varizes dos membros inferiores sem úlcera ou inflamação
I84.3	1	0,06	Hemorroidas externas trombosadas
I84.5	1	0,06	Hemorroidas externas sem complicação
I84.9	1	0,06	Hemorroidas sem complicações, não especificadas
I85	1	0,06	Varizes Esofagianas
I95.9	1	0,06	Hipotensão não especificada
Total	86	4,81	

5.11.10 Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99)

Um grupo de 152 elementos, 44,7% da mostra, apresentou manifestações de afecções no trato respiratório com cursar patológico que culminou com afastamento de suas funções laborativas habituais por atestação médica no período retrospectivo do estudo, sendo a primeira colocação do *ranking* das patologias que mais ocorreram no levantamento da Prevalência. Já no estudo da Incidência, este índice reduziu-se para 29,9%, afetando 91 funcionários (Tabela 67).

Tabela 67 - Prevalência e Incidência de Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99) nos indivíduos da mostra

Doenças do Aparelho Respiratório J00-J99	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	188	55,3	213	70,1
Sim	152	44,7	91	29,9
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

A CID mais prevalente nesta categoria foi a J11 - influenza devida a vírus não identificado (gripe), com 71 codificações (2,02%), e mais, a somatória da categoria e das subcategorias J11, atingiu 88 eventos (2,51%), do total de 389 (11%) (Tabela 68).

Tabela 68 - Prevalência de Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
J00	22	0,62	Nasofaringite aguda (resfriado comum)
J01	33	0,93	Sinusite aguda
J01.0	2	0,06	Sinusite maxilar aguda
J01.1	1	0,03	Sinusite frontal aguda
J01.4	1	0,03	Pansinusite aguda
J01.9	6	0,17	Sinusite aguda não especificada
J02	18	0,51	Faringite aguda
J02.9	8	0,21	Faringite aguda não especificada
J03	26	0,73	Amigdalite aguda
J03.0	1	0,03	Amigdalite estreptocócica
J03.9	24	0,68	Amigdalite aguda não especificada
J04	3	0,08	Laringite e traqueíte agudas
J04.0	5	0,14	Laringite aguda
J04.2	1	0,03	Laringotraqueíte aguda
J06	16	0,44	Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas
J06.0	1	0,03	Laringofaringite aguda
J06.9	11	0,3	Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada
J09	1	0,03	Influenza devido a vírus identificado da gripe aviária
J10	25	0,71	Influenza por outro vírus da influenza identificado
J10.1	1	0,03	Influenza com outras manifestações respiratórias, devida a outro vírus da influenza [gripe] identificado
J11	71	2,02	Influenza devido a vírus não identificado
J11.0	1	0,03	Influenza [gripe] com pneumonia, devida a vírus não identificado
J11.1	15	0,43	Influenza [gripe] com outras manifestações respiratórias, devida a vírus não identificado
J11.8	1	0,03	Influenza [gripe] com outras manifestações, devida a vírus não identificado
J12.0	1	0,03	Pneumonia devida a adenovírus
J13	1	0,03	Pneumonia devido a <i>Streptococcus Pneumoniae</i>
J14	1	0,03	Pneumonia devido a <i>Haemophilus Influenzae</i>
J15	5	0,14	Pneumonia bacteriana não identificada em outra parte
J15.8	1	0,03	Outras pneumonias bacterianas
J15.9	1	0,03	Pneumonia bacteriana não especificada
J18	1	0,03	Pneumonia por microorganismo não especificada
J18.0	3	0,08	Broncopneumonia não especificada
J18.1	1	0,03	Pneumonia lobar não especificada
J18.9	2	0,06	Pneumonia não especificada
J20	6	0,17	Bronquite aguda
J20.1	1	0,03	Bronquite aguda devida a <i>Haemophilus influenzae</i>
J20.3	2	0,06	Bronquite aguda devida a vírus <i>Coxsackie</i>
J20.9	1	0,03	Bronquite aguda não especificada
J21	3	0,08	Bronquiolite aguda
J30	3	0,08	Rinite alérgica e vasomotora

(Cont. Tabela 68 - Prevalência de Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
J30.3	1	0,03	Outras rinites alérgicas
J30.4	2	0,06	Rinite alérgica não especificada
J32	6	0,17	Sinusite crônica
J32.0	1	0,03	Sinusite maxilar crônica
J32.4	4	0,11	Pansinusite crônica
J32.9	3	0,08	Sinusite crônica não especificada
J34.2	2	0,06	Desvio do septo nasal
J34.8	1	0,03	Outros transtornos especificados do nariz e dos seios paranasais
J35	1	0,03	Doenças crônicas das amígdalas e das adenoides
J35.0	1	0,03	Amigdalite crônica
J37	7	0,19	Laringite e laringotraqueíte crônicas
J37.0	4	0,11	Laringite crônica
J38	2	0,06	Doenças das cordas vocais e da laringe não classificadas em outra parte
J38.2	2	0,06	Nódulos das cordas vocais
J38.3	1	0,03	Outras doenças das cordas vocais
J38.7	1	0,03	Outras doenças da laringe
J39	2	0,06	Outras doenças das vias aéreas superiores
J40	3	0,08	Bronquite não especificada como aguda ou crônica
J44.0	1	0,03	Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior
J45	6	0,17	Asma
J45.0	3	0,08	Asma predominantemente alérgica
J45.9	6	0,17	Asma não especificada
J98.4	1	0,03	Outros transtornos pulmonares
J98.9	1	0,03	Transtorno respiratório não especificados
Total	389	11	

Quanto a CID mais frequente no levantamento da Incidência, nesta categoria a J00 - Nasofaringite aguda (resfriado comum) predominou com 31 codificações (1,74%), muito embora a soma da categoria e subcategorias J11 – Influenza (gripe) devida a vírus não identificado tenha atingido a segunda posição no grupo com 28 eventos (1,58%), de um total de 228 atestações (12,82%) (Tabela 69).

Tabela 69 - Incidência de Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99)

CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Descrição
J00	31	1,74	Nasofaringite aguda (resfriado comum)
J01	9	0,5	Sinusite aguda
J01.2	1	0,06	Sinusite etmoidal aguda
J01.9	3	0,16	Sinusite aguda não especificada
J02	12	0,68	Faringite aguda
J02.9	1	0,06	Faringite aguda não especificada
J03	22	1,24	Amigdalite aguda
J03.0	12	0,68	Amigdalite estreptocócica
J03.9	18	1,01	Amigdalite aguda não especificada
J04	5	0,28	Laringite e traqueíte agudas
J04.0	3	0,16	Laringite aguda
J06	15	0,84	Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas
J06.0	1	0,06	Laringofaringite aguda
J06.9	2	0,11	Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada
J10	12	0,68	Influenza devida a outro vírus da Influenza (gripe) identificado
J11	16	0,9	Influenza [gripe] devida a vírus não identificado
J11.0	1	0,06	Influenza [gripe] com pneumonia, devida a vírus não identificado
J11.1	11	0,62	Influenza [gripe] com outras manifestações respiratórias, devida a vírus não identificado
J12	1	0,06	Pneumonia viral não classificada em outra parte
J14	1	0,06	Pneumonia devida a <i>Haemophilus influenzae</i>
J15	1	0,06	Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte
J18.0	1	0,06	Broncopneumonia não especificada
J18.9	1	0,06	Pneumonia não especificada
J20	1	0,06	Bronquite aguda
J20.1	2	0,11	Bronquite aguda devida a <i>Haemophilus influenzae</i>
J20.9	1	0,06	Bronquite aguda não especificada
J22	3	0,16	Infecções agudas não especificada das vias aéreas inferiores
J30	1	0,06	Rinite alérgica e vasomotora
J32	4	0,22	Sinusite crônica
J32.0	3	0,16	Sinusite maxilar crônica
J32.4	6	0,32	Pansinusite crônica
J32.9	1	0,06	Sinusite crônica não especificada
J34.8	1	0,06	Outros transtornos especificados do nariz e dos seios paranasais
J35	1	0,06	Doenças crônicas das amígdalas e das adenoides
J37	10	0,56	Laringite e laringotraqueíte crônicas
J38	5	0,28	Doenças das cordas vocais e da laringe não classificadas em outra parte
J38.2	1	0,06	Nódulos das cordas vocais
J45	2	0,11	Asma
J45.0	4	0,22	Asma predominantemente alérgica

(Cont. Tabela 69 - Incidência de Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99))

CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Descrição
J45.9	1	0,06	Asma não especificada
J91	1	0,06	Derrame pleural em afecções classificadas em outra parte
Total	228	12,82	

5.11.11 Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93)

O absenteísmo relacionado às doenças do aparelho digestivo afetou 76 sujeitos da amostragem (22,4%) no levantamento da Prevalência, e 44 (14,5%), no da Incidência (Tabela 70).

Cumpra aqui salientar que para o delineamento do presente estudo, as afecções orofaciais e do sistema estomatognático, que embora pertençam a este grupo nosológico na sua grande maioria, por fazerem parte de um rol de patologias do âmbito de atuação da Odontologia especificamente, foram excluídas deste tópico, estando sua descrição aprofundada e pormenorizada em item específico, e pertinente do trabalho em tela, sem prejuízo da descrição das doenças do aparelho digestivo da alçada da Medicina aqui citadas. Ademais, as atestações Odontológicas e Médicas foram agrupadas e analisadas de forma distinta, cada uma em sua categoria profissional pertinente.

Tabela 70 - Prevalência e Incidência de Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93) nos indivíduos da mostra

Doenças do Aparelho Digestivo K00-K93	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	264	77,6	260	85,5
Sim	76	22,4	44	14,5
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Dentre as doenças do aparelho digestivo atestadas por médicos, foi encontrada a maior prevalência para a CID K52 – Outras gastroenterites e colites não-infecciosas, com 26 citações (0,73%), do total de 105 (2,98%) (Tabela 71).

Tabela 71 - Prevalência de Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
K12	3	0,08	Estomatite e lesões correlatas
K20	2	0,06	Esofagite
K21	3	0,08	Doença de refluxo gastroesofágico
K21.9	1	0,03	Doença de refluxo gastroesofágico sem esofagite
K23.1	1	0,03	Megaesôfago na doença de Chagas
K25	1	0,03	Úlcera gástrica
K27.9	1	0,03	Úlcera péptica de localização não especificada - não especificada como aguda ou crônica, sem hemorragia ou perfuração
K29	18	0,51	Gastrite e Duodenite
K29.1	1	0,03	Outras gastrites agudas
K29.6	1	0,03	Outras gastrites
K29.9	1	0,03	Gastroduodenite, sem outra especificação
K30	6	0,17	Dispepsia
K35	1	0,03	Apendicite aguda
K35.0	1	0,03	Apendicite aguda com peritonite generalizada
K35.9	1	0,03	Apendicite aguda sem outra especificação
K37	1	0,03	Apendicite, sem outras especificações
K44.9	1	0,03	Hérnia diafragmática sem obstrução ou gangrena
K46.9	1	0,03	Hérnia abdominal não especificada, sem obstrução ou gangrena
K51	2	0,06	Colite ulcerativa
K52	26	0,73	Outras gastroenterites e colites não-infecciosas
K52.0	1	0,03	Gastroenterite e colite devida à radiação
K52.1	3	0,08	Gastroenterite e colite tóxicas
K52.9	11	0,3	Gastroenterite e colite não-infecciosas, não especificadas
K57.9	1	0,03	Doença diverticular do intestino, de localização não especificada, sem perfuração ou abscesso
K58	1	0,03	Síndrome do cólon irritável
K59	2	0,06	Outros transtornos funcionais do intestino
K59.1	3	0,08	Diarreia funcional
K60.0	1	0,03	Fissura anal aguda
K76	1	0,03	Outras doenças do fígado
K80	3	0,08	Colelitíase
K80.0	1	0,03	Calculose da vesícula biliar com colecistite aguda
K80.2	1	0,03	Calculose da vesícula biliar sem colecistite
K81	1	0,03	Colecistite
K81.1	1	0,03	Colecistite crônica
K92	1	0,03	Outras doenças do aparelho digestivo
Total	105	2,98	

Já, para a mesma categoria de doenças do aparelho digestivo, também atestadas por médicos, no estudo subsequente, foi encontrada a maior incidência

para a CID K30 – Dispepsia, com 22 codificações (1,24%), do total de 75 (4,23%) (Tabela 72).

Tabela 72 - Incidência de Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
K12.1	1	0,06	Outras formas de estomatite
K20	4	0,22	Esofagite
K21	2	0,11	Doença de refluxo gastroesofágico
K29	17	0,96	Gastrite e duodenite
K29.0	2	0,11	Gastrite hemorrágica aguda
K29.1	1	0,06	Outras gastrites agudas
K29.7	2	0,11	Gastrite não especificada
K30	22	1,24	Dispepsia
K40	8	0,45	Hérnia inguinal
K52	7	0,39	Outras gastroenterites e colites não-infecciosas
K52.9	1	0,06	Gastroenterite e colite não-infecciosas, não especificadas
K57	1	0,06	Doença diverticular do intestino
K59	1	0,06	Outros transtornos funcionais do intestino
K59.1	1	0,06	Diarreia funcional
K59.9	1	0,06	Transtorno intestinal funcional, não especificado
K80	2	0,11	Colelitíase
K80.5	2	0,11	Calculose de via biliar sem colangite ou colecistite
Total	75	4,23	

5.11.12 Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo – (L00-L99)

As patologias dermatológicas, que afetam a pele e o tecido subcutâneo, tiveram uma expressão percentual de 7,6% na mostra, apontando 26 servidores que se ausentaram do trabalho por estas morbidades durante o período do levantamento retrospectivo, e 21 (6,9%), do prospectivo (Tabela 73).

Tabela 73 - Prevalência e Incidência de Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo – (L00-L99) nos indivíduos da mostra

Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo L00-L99	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	314	92,4	283	93,1
Sim	26	7,6	21	6,9
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Dentre as doenças dermatológicas houve prevalência da CID L50 – Urticária em 4 atestações (0,11%), do total de 32 (0,95%) (Tabela 74).

Tabela 74 - Prevalência de Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo – (L00-L99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
L02	2	0,06	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz
L03.1	1	0,03	Celulite de outras partes do(s) membro(s)
L03.9	1	0,03	Celulite não especificada
L08	1	0,03	Outras infecções localizadas da pele e do tecido subcutâneo
L10	1	0,03	Pênfigo
L20	1	0,03	Dermatite atópica
L20.9	1	0,03	Dermatite atópica, não especificada
L23	1	0,03	Dermatites alérgicas de contato
L25	1	0,03	Dermatite de contato não especificada
L40.0	1	0,03	Psoríase vulgar
L40.8	1	0,03	Outras formas de psoríase
L42	2	0,06	Pitíriase rósea
L50	4	0,11	Urticária
L50.0	2	0,06	Urticária alérgica
L65.0	1	0,03	Eflúvio telógeno
L70	2	0,06	Acne
L70.9	1	0,03	Acne, não especificada
L72.0	1	0,03	Cisto epidérmico
L72.1	1	0,03	Cisto triquilemal
L81	1	0,03	Outros transtornos da pigmentação
L81.1	1	0,03	Cloasma
L81.9	1	0,03	Sardas
L85.9	1	0,03	Espessamento epidérmico, não especificado
L95.9	1	0,03	Vasculites limitadas a pele, não especificadas
L98	1	0,03	Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo não classificadas em outra parte
Total	32	0,95	

No levantamento para o estudo da Incidência, as doenças dermatológicas não apresentaram uma patologia somente como mais frequente, estando entre as de maior ocorrência as CIDs L50 – Urticária, L02.4 – Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz do(s) membro(s), L20 – Dermatite atópica, L30 – Outras dermatites e L71.9 – Rosácea, não especificada, todas presentes em 2 atestações (0,11%) cada, do total encontrado de 27 atestações (1,56%) (Tabela 75).

Tabela 75 - Incidência de Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo – (L00-L99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
L01	1	0,06	Impetigo
L02	1	0,06	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz
L02.4	2	0,11	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz do(s) membro(s)
L20	2	0,11	Dermatite atópica
L20.9	1	0,06	Dermatite atópica, não especificada
L21	1	0,06	Dermatite seborreica
L23	1	0,06	Dermatites alérgicas de contato
L30	2	0,11	Outras dermatites
L30.0	1	0,06	Dermatite numular
L30.1	1	0,06	Disidrose [<i>pompholyx</i>]
L50	2	0,11	Urticária
L56.3	1	0,06	Urticária solar
L57	1	0,06	Alterações da pele devidas à exposição crônica à radiação não ionizante
L60	1	0,06	Afecções das unhas
L70	1	0,06	Acne
L71.9	2	0,11	Rosácea, não especificada
L73.2	1	0,06	Hidradenite supurativa
L81	1	0,06	Outros transtornos da pigmentação
L81.9	2	0,11	Transtorno da pigmentação, não especificado
L93	1	0,06	Lúpus eritematoso
L99.8	1	0,06	Outras afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo em doenças classificadas em outra parte
Total	27	1,56	

5.11.13 Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99)

As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram responsáveis pelo absenteísmo de 128 funcionários da ativa no período retrospectivo do estudo, refletindo percentualmente em 37,6% da amostra, conforme

aponta a tabela 76, sendo a segunda colocação do *ranking* das patologias que mais prevaleceram no estudo retrospectivo. Já no levantamento Prospectivo, houve incidência destas morbidades em 96 servidores (31,6%).

Tabela 76 - Prevalência e Incidência de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99) nos indivíduos da mostra

Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo M00-M99	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	212	62,4	208	68,4
Sim	128	37,6	96	31,6
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Isoladamente a CID mais prevalente nesta categoria foi a M54 – dorsalgia, com 63 codificações (1,78%), e mais, a soma da categoria e das subcategorias M54 atingiu 168 eventos (4,73%), do total de 342 atestações levantadas (9,68%) (Tabela 77).

Tabela 77 - Prevalência de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
M05	1	0,03	Artrite reumatoide soro-positiva
M06.9	2	0,06	Artrite reumatoide não especificada
M12.8	1	0,03	Outras artropatias específicas não classificadas em outra parte
M13	1	0,03	Outras artrites
M13.0	9	0,26	Poliartrite não especificada
M16.0	1	0,03	Coxartrose primária bilateral
M17	2	0,06	Gonartrose (artrose do Joelho)
M17.1	1	0,03	Outras gonartroses primárias
M19	2	0,06	Outras artroses
M20.0	1	0,03	Deformidade(s) do(s) dedo(s) das mãos
M21.0	1	0,03	Deformidade em valgo não classificada em outra parte
M22.4	1	0,03	Condromalácia da rótula
M22.8	1	0,03	Outros transtornos da rótula
M23.2	1	0,03	Transtorno do menisco devido à ruptura ou lesão antiga
M23.8	2	0,06	Outros transtornos internos do joelho
M23.9	2	0,06	Transtorno interno não especificado do joelho
M24	5	0,14	Outros transtornos articulares específicos
M24.0	1	0,03	Corpo flutuante em articulação

(Cont. Tabela 77 - Prevalência de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
M25	8	0,21	Outros transtornos articulares não classificados em outra parte
M25.5	6	0,17	Dor articular
M25.8	1	0,03	Outros transtornos articulares especificados
M32	1	0,03	Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)
M40.0	1	0,03	Cifose postural
M41	2	0,06	Escoliose
M45	1	0,03	Espondilite ancilosante
M47	2	0,06	Espondilose
M47.1	1	0,03	Outras espondiloses com mielopatia
M50	1	0,03	Transtornos dos discos cervicais
M50.0	5	0,14	Transtorno do disco cervical com mielopatia
M50.1	7	0,19	Transtorno do disco cervical com radiculopatia
M50.9	1	0,03	Transtorno não especificado de disco cervical
M51	2	0,06	Outros transtornos de discos intervertebrais
M51.0	7	0,19	Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia
M51.1	4	0,11	Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia
M51.3	2	0,06	Outra degeneração especificada de disco intervertebral
M53	9	0,26	Outras dorsopatias não classificadas em outra parte
M53.0	2	0,06	Síndrome cervicocraniana
M53.1	10	0,27	Síndrome cervicobraquial
M53.9	1	0,03	Dorsopatia não especificada
M54	63	1,78	Dorsalgia
M54.0	11	0,3	Paniculite atingindo regiões do pescoço e do dorso
M54.1	9	0,26	Radiculopatia
M54.2	12	0,33	Cervicalgia
M54.3	4	0,11	Ciática
M54.4	32	0,91	Lumbago com ciática
M54.5	27	0,76	Dor lombar baixa
M54.6	3	0,08	Dor na coluna torácica
M54.8	1	0,03	Outra dorsalgia
M54.9	6	0,17	Dorsalgia não especificada
M62	1	0,03	Outros transtornos musculares
M62.0	2	0,06	Diástase de músculo
M65	4	0,11	Sinovite e tenossinovite
M65.0	1	0,03	Abscesso da bainha tendínea
M65.8	4	0,11	Outras sinovites e tenossinovites
M65.9	2	0,06	Sinovite e tenossinovite não especificadas
M66.1	1	0,03	Ruptura de sinóvia
M67.4	1	0,03	Gânglios
M70.5	1	0,03	Outras bursites do joelho
M71	1	0,03	Outras bursopatias

(Cont. Tabela 77 - Prevalência de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
M71.3	1	0,03	Outros cistos de bolsa sinovial
M75	3	0,08	Lesões do ombro
M75.1	3	0,08	Síndrome do manguito rotador
M75.2	6	0,17	Tendinite bicepital
M75.3	1	0,03	Tendinite calcificante do ombro
M75.4	3	0,08	Síndrome de colisão do ombro
M75.5	6	0,17	Bursite do ombro
M75.8	2	0,06	Outras lesões do ombro
M77.0	3	0,08	Epicondilite medial
M77.1	1	0,03	Epicondilite lateral
M77.3	2	0,06	Esporão do calcâneo
M79	2	0,06	Outros transtornos dos tecidos moles, não classificados em outra parte
M79.0	4	0,11	Reumatismo não especificado
M79.1	3	0,08	Mialgia
M79.6	5	0,14	Dor em membro
M79.9	1	0,03	Transtorno dos tecidos moles não especificado
M95.0	1	0,03	Deformidade adquirida do nariz
Total	342	9,68	

Seguindo a mesma tendência da Prevalência, isoladamente a CID mais incidente nesta categoria também foi a M54 – dorsalgia, com 56 codificações (3,15%), e mais, da mesma forma, a soma da categoria e das subcategorias M54 atingiu 145 eventos (8,14%), do total de atestações levantadas no estudo da Incidência que foi de 247 (13,87%) (Tabela 78).

Tabela 78 - Incidência de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
M05.8	1	0,06	Outras artrites reumatóides soro-positivas
M13	1	0,06	Outras artrites
M16	1	0,06	Coxartrose (artrose do quadril)
M17	3	0,16	Gonartrose (artrose do joelho)
M20.1	1	0,06	<i>Hallux</i> valgo (adquirido)
M23	1	0,06	Transtornos internos dos joelhos
M23.0	2	0,11	Menisco cóstico
M23.2	2	0,11	Transtorno do menisco devido à ruptura ou lesão antiga
M23.5	1	0,06	Instabilidade crônica do joelho
M24.0	1	0,06	Corpo flutuante em articulação

(Cont. Tabela 78 - Incidência de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
M24.2	1	0,06	Transtornos de ligamentos
M24.5	1	0,06	Contratura articular
M25	8	0,45	Outros transtornos articulares não classificados em outra parte
M25.5	10	0,56	Dor articular
M30.0	1	0,06	Poliarterite nodosa
M45	1	0,06	Espondilite anquilosante
M47	1	0,06	Espondilose
M47.2	1	0,06	Outras espondiloses com radiculopatias
M50.0	1	0,06	Transtorno do disco cervical com mielopatia
M50.1	6	0,32	Transtorno do disco cervical com radiculopatia
M51	1	0,06	Outros transtornos de discos intervertebrais
M51.0	3	0,16	Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia
M51.1	7	0,39	Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia
M53	2	0,11	Outras dorsopatias não classificadas em outra parte
M53.1	4	0,22	Síndrome cervicobraquial
M53.9	1	0,06	Dorsopatia não especificada
M54	56	3,15	Dorsalgia
M54.0	16	0,9	Paniculite atingindo regiões do pescoço e do dorso
M54.1	11	0,62	Radiculopatia
M54.2	3	0,16	Cervicalgia
M54.3	2	0,11	Ciática
M54.4	18	1,01	Lumbago com ciática
M54.5	31	1,75	Dor lombar baixa
M54.6	4	0,22	Dor na coluna torácica
M54.8	1	0,06	Outra dorsalgia
M54.9	3	0,16	Dorsalgia não especificada
M60	1	0,06	Miosite
M70.0	1	0,06	Sinovite crepitante crônica da mão e do punho
M70.8	1	0,06	Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão
M71.3	2	0,11	Outros cistos de bolsa sinovial
M75	1	0,06	Lesões do ombro
M75.0	2	0,11	Capsulite adesiva do ombro
M75.1	7	0,39	Síndrome do manguito rotador
M75.5	3	0,16	Bursite do ombro
M76.9	1	0,06	Entesopatia do membro inferior não especificada
M77.1	3	0,16	Epicondilite lateral
M77.3	1	0,06	Esporão do calcâneo
M79.1	7	0,39	Reumatismo não especificado

(Cont. Tabela 78 - Incidência de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
M79.6	3	0,16	Dor em membro
M79.9	5	0,28	Transtorno dos tecidos moles não especificado
M99.7	1	0,06	Estenose de tecido conjuntivo e do disco dos forames intervertebrais
Total	247	13,87	

5.11.14 Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)

As afecções do trato geniturinário comprometeram a saúde de 124 indivíduos, um percentual de 36,5% da amostra, levando-os a se ausentarem de suas atividades trabalhistas habituais no período do levantamento da Prevalência, sendo a terceira colocação do *ranking* das patologias que mais prevaleceram no estudo retrospectivo. Na análise prospectiva, 74 servidores (24,3%) estiveram na mesma situação (Tabela 79).

Tabela 79 - Prevalência e Incidência de Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99) nos indivíduos da mostra

Doenças do Aparelho Geniturinário N00-N99	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	216	63,5	230	75,7
Sim	124	36,5	74	24,3
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

A CID mais frequente nesta categoria, no levantamento da Prevalência foi a N30 – cistite, em 31 atestações (0,87%), de um total de 285 (8,05%) (Tabela 80).

Tabela 80 - Prevalência de Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
N02	1	0,03	Hematúria recidivante e persistente
N04	2	0,06	Síndrome nefrótica
N05	1	0,03	Síndrome nefrótica não especificada
N12	3	0,08	Nefrite túbulo-intersticial não especificada se aguda ou crônica

(Cont. Tabela 80 - Prevalência de Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
N18	1	0,03	Insuficiência renal crônica
N20	17	0,48	Calculose do rim e do ureter
N20.0	11	0,3	Calculose do rim
N20.1	3	0,08	Calculose do ureter
N21	2	0,06	Calculose do trato urinário inferior
N21.1	2	0,06	Cálculo uretral
N21.9	1	0,03	Cálculo do trato urinário inferior, porção não especificada
N23	24	0,68	Cólica nefrética não especificada
N28	1	0,03	Outros transtornos do rim e do ureter não classificado em outra parte
N30	31	0,87	Cistite
N30.0	2	0,06	Cistite aguda
N30.9	3	0,08	Cistite, não especificada
N35	6	0,17	Estenose da uretra
N39	6	0,17	Outros transtornos do trato urinário
N39.0	13	0,36	Infecção do trato urinário de localização não especificada
N39.9	1	0,03	Transtornos não especificados do aparelho urinário
N40	1	0,03	Hiperplasia da próstata
N60	11	0,3	Displasias mamárias benignas
N60.0	1	0,03	Cisto solitário da mama
N60.3	1	0,03	Fibrosclerose da mama
N61	1	0,03	Transtornos inflamatórios da mama
N62	3	0,08	Hipertrofia da mama
N63	4	0,11	Nódulo mamário não especificado
N64	1	0,03	Outras doenças da mama
N70	1	0,03	Salpingite e ooforite
N72	6	0,17	Doença inflamatória do colo do útero
N73	4	0,11	Outras doenças Inflamatórias pélvicas femininas
N73.9	1	0,03	Doença inflamatória não especificada da pelve feminina
N75	1	0,03	Doenças da glândula de Bartholin
N75.8	1	0,03	Outras doenças da glândula de Bartholin
N76	24	0,68	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva
N76.0	3	0,08	Vaginite aguda
N77.1	2	0,06	Vaginite, vulvite e vulvovaginite em doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte
N80	4	0,11	Endometriose
N80.0	1	0,03	Endometriose do útero
N80.4	1	0,03	Endometriose do septo retovaginal e da vagina
N81.1	1	0,03	Cistocele
N83.2	1	0,03	Outros cistos ovarianos e os não especificados
N86	2	0,06	Erosão e ectrópio do colo do útero
N87	3	0,08	Displasia do colo do útero
N87.9	1	0,03	Displasia do colo do útero, não especificada
N89.8	11	0,3	Outros transtornos não-inflamatórios especificados da vagina

(Cont. Tabela 80 - Prevalência de Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
N91	9	0,26	Menstruação ausente, escassa e pouco frequente
N91.1	5	0,14	Amenorreia secundária
N91.2	1	0,03	Amenorreia, não especificada
N91.4	1	0,03	Oligomenorreia secundária
N92	19	0,54	Menstruação excessiva, frequente e irregular
N92.0	1	0,03	Menstruação excessiva e frequente com ciclo regular
N92.1	2	0,06	Menstruação excessiva e frequente com ciclo irregular
N92.3	1	0,03	Sangramento da ovulação
N92.4	2	0,06	Sangramento abundante na pré-menopausa
N92.5	1	0,03	Outros tipos especificados de irregularidade da menstruação
N92.6	2	0,06	Menstruação irregular, não especificada
N93.9	1	0,03	Sangramento anormal do útero ou da vagina, não especificado
N94	3	0,08	Dor e outras afecções associadas com os órgãos genitais Femininos e com o ciclo menstrual
N94.4	1	0,03	Dismenorreia primária
N94.5	4	0,11	Dismenorreia secundária
N95	3	0,08	Transtornos da menopausa e da perimenopausa
N95.1	2	0,06	Estado da menopausa e do climatério feminino
N95.2	1	0,03	Vaginite atrófica pós-menopausa
N97	3	0,08	Infertilidade feminina
N98	1	0,03	Complicações associadas à fecundação artificial
Total	285	8,05	

Também a CID mais frequente nesta categoria, no levantamento da Incidência foi a N30 – cistite, em 20 atestações (1,13%), de um total de 153 (8,62%) (Tabela 81).

Tabela 81 - Incidência de Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
N00	2	0,11	Síndrome nefrítica aguda
N02.0	3	0,16	Hematúria recidivante e persistente - anormalidade glomerular menor
N04.1	1	0,06	Síndrome nefrítica - lesões glomerulares focais e segmentares
N05.5	1	0,06	Síndrome nefrítica não especificada - glomerulonefrite mesangiocapilar difusa
N12	1	0,06	Nefrite túbulo-intersticial não especificada se aguda ou crônica
N20	12	0,68	Calculose do rim e do ureter
N20.0	3	0,16	Calculose do rim
N20.9	1	0,06	Calculose urinária, não especificada
N21.9	1	0,06	Cálculo do trato urinário inferior, porção não especificada
N23	9	0,5	Cólica nefrética não especificada

(Cont. Tabela 81 - Incidência de Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
N30	20	1,13	Cistite
N30.9	8	0,45	Cistite, não especificada
N32	1	0,06	Outros transtornos da bexiga
N35	1	0,06	Estenose da uretra
N39	4	0,22	Outros transtornos do trato urinário
N39.0	13	0,73	Infecção do trato urinário de localização não especificada
N39.9	1	0,06	Transtornos não especificados do aparelho urinário
N47	2	0,11	Hipertrofia do prepúcio, fimose e parafimose
N50.8	1	0,06	Outros transtornos especificados dos órgãos genitais masculinos
N60	2	0,11	Displasias mamárias benignas
N62	5	0,28	Hipertrofia da mama
N63	2	0,11	Nódulo mamário não especificado
N64	1	0,06	Outras doenças da mama
N73.2	2	0,11	Parametrite e celulite pélvicas não especificadas
N75.1	1	0,06	Abscesso da glândula de Bartholin
N76	9	0,5	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva
N76.0	1	0,06	Vaginite aguda
N80	2	0,11	Endometriose
N80.4	1	0,06	Endometriose do septo retovaginal e da vagina
N80.9	1	0,06	Endometriose não especificada
N84	1	0,06	Pólipo do trato genital feminino
N86	4	0,22	Erosão e ectrópio do colo do útero
N89.8	11	0,62	Outros transtornos não-inflamatórios especificados da vagina
N91.1	1	0,06	Amenorreia secundária
N92	10	0,56	Menstruação excessiva, frequente e irregular
N92.1	1	0,06	Menstruação excessiva e frequente com ciclo irregular
N93	1	0,06	Outros sangramentos anormais do útero e da vagina
N93.8	1	0,06	Outros sangramentos anormais especificados do útero e da vagina
N94	1	0,06	Dor e outras afecções associadas com os órgãos genitais femininos e com o ciclo menstrual
N95	6	0,32	Transtornos da menopausa e da perimenopausa
N97	2	0,11	Infertilidade feminina
N98	1	0,06	Complicações associadas à fecundação artificial
N98.8	1	0,06	Outras complicações associadas à fecundação artificial
Total	153	8,62	

5.11.15 Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99)

Muito embora a gravidez, o parto e o puerpério sejam condições fisiológicas do gênero feminino, trazem consigo alterações ou condições patológicas, além de cuidados relacionados com o pré-natal, que podem determinar situações de afastamento do trabalho, aqui demonstradas na tabela 82, onde 21 servidoras, representando 6,2% da amostra, se ausentaram durante o período do levantamento retrospectivo, e 7 (2,3%) no prospectivo.

Tabela 82 - Prevalência e Incidência de Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99) nos indivíduos da mostra

Gravidez, Parto e Puerpério O00-O99	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	319	93,8	297	97,7
Sim	21	6,2	7	2,3
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Neste grupo de doenças, a CID mais prevalente foi a O20.0 – Ameaça de aborto, com 5 atestações (0,14%), dentro de um total de 35 condições patológicas distintas (1,02%) (Tabela 83).

Tabela 83 - Prevalência de Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
O01.9	1	0,03	Mola hidatiforme não especificada
O03	1	0,03	Aborto espontâneo
O03.4	2	0,06	Aborto espontâneo - incompleto, sem complicações
O03.6	1	0,03	Aborto espontâneo - completo ou não especificado, complicado por hemorragia excessiva ou tardia
O08.0	1	0,03	Infecção do trato genital e dos órgãos pélvicos consequente a aborto e gravidez ectópica e molar
O12.0	1	0,03	Edema gestacional
O13	1	0,03	Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) sem proteinúria significativa
O16	1	0,03	Hipertensão materna não especificada
O20	1	0,03	Hemorragia do início da gravidez
O20.0	5	0,14	Ameaça de aborto
O20.9	1	0,03	Hemorragia do início da gravidez, não especificada
O21	3	0,08	Vômitos excessivos na gravidez
O21.1	2	0,06	Hiperêmese gravídica com distúrbio metabólico

(Cont. Tabela 83 - Prevalência de Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
O23	2	0,06	Infecções do trato geniturinário na gravidez
O25	2	0,06	Desnutrição na gravidez
O25.0	1	0,03	Desnutrição na gravidez
O36	1	0,03	Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados
O60	4	0,11	Trabalho de parto pré-termo
O62.2	1	0,03	Outras formas de inércia uterina
O62.3	2	0,06	Trabalho de parto precipitado
O99.8	1	0,03	Outras doenças e afecções especificadas complicando a gravidez, o parto e o puerpério
Total	35	1,02	

Já, no levantamento prospectivo, nesta categoria de doenças, não houve uma incidência maior de uma determinada patologia em detrimento de outras, sendo identificadas 7 morbidades (0,42%) e suas CIDs respectivas conforme a tabela 84.

Tabela 84 - Incidência de Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
O03.9	1	0,06	Aborto espontâneo - completo ou não especificado, sem complicações
O20.0	1	0,06	Ameaça de aborto
O20.8	1	0,06	Outras hemorragias do início da gravidez
O22.2	1	0,06	Tromboflebite superficial na gravidez
O25	1	0,06	Desnutrição na gravidez
O60	1	0,06	Trabalho de parto pré-termo
O62.3	1	0,06	Trabalho de parto precipitado
Total	7	0,42	

5.11.16 Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal – (P00-P96)

Tanto no estudo retrospectivo, como no prospectivo, na presente amostragem não foram identificadas patologias com origem no período perinatal, seja no feto ou recém-nascido, das servidoras parturientes (Tabela 85).

Tabela 85 - Prevalência e Incidência de Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal – (P00-P96) nos indivíduos da mostra

Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal P00-P96	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	340	100,0	304	100,0
Sim	0	0	0	0
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

5.11.17 Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas – (Q00-Q99)

Somente foram encontrados 2 indivíduos (0,6%) da mostra, diagnosticados com malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, que causaram absenteísmo no levantamento da Prevalência, e 1 (0,3%) servidor apontado na análise da Incidência (Tabela 86).

Tabela 86 - Prevalência e Incidência de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas – (Q00-Q99) nos indivíduos da mostra

Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas Q00-Q99	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	338	99,4	303	99,7
Sim	2	0,6	1	0,3
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Os 2 indivíduos encontrados neste grupo apresentaram também apenas 2 patologias e CID distintas (0,06%) na análise retrospectiva, conforme a tabela 87.

Tabela 87 - Prevalência de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas – (Q00-Q99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
Q44	1	0,03	Malformações congênitas da vesícula biliar, das vias biliares e do fígado
Q62.1	1	0,03	Atresia e estenose do ureter
Total	2	0,06	

Nesta mesma tendência de baixa manifestação desta categoria de moléstias, somente 1 patologia foi identificada com sua respectiva CID (0,06%) na avaliação prospectiva, de acordo com a tabela 88.

Tabela 88 - Incidência de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas – (Q00-Q99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
Q82.8	1	0,06	Outras malformações congênitas especificadas da pele
Total	1	0,06	

5.11.18 Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99)

Os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte prevaleceram em 82 sujeitos (24,1%) da amostra, e incidiram em 65 (21,4%), nos levantamentos retrospectivo e prospectivo, respectivamente (Tabela 89).

Tabela 89 - Prevalência e Incidência de Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99) nos indivíduos da mostra

Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte R00-R99	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	258	75,9	239	78,6
Sim	82	24,1	65	21,4
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

A CID R10 – Dor abdominal e pélvica prevaleceu neste grupo com 30 citações (0,84%), somente uma codificação a mais que a R51 – Cefaleia com 29 (0,82%), no universo de 128 (3,61%) atestações da categoria (Tabela 90).

Tabela 90 - Prevalência de Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
R05	1	0,03	Tosse
R07.0	1	0,03	Dor de garganta
R07.2	1	0,03	Dor precordial
R07.4	2	0,06	Dor torácica, não especificada
R10	30	0,84	Dor abdominal e pélvica
R10.0	1	0,03	Abdome agudo
R10.2	1	0,03	Dor pélvica e perineal
R10.4	20	0,56	Outras dores abdominais e as não especificadas
R11	4	0,11	Náusea e vômitos
R25.0	1	0,03	Movimentos anormais da cabeça
R30	1	0,03	Dor associada à micção
R31	1	0,03	Hematúria não especificada
R32	1	0,03	Incontinência urinária não especificada
R42	7	0,19	Tontura e instabilidade
R47	1	0,03	Distúrbios da fala não classificados em outra parte
R48	1	0,03	Dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte
R49	5	0,14	Distúrbios da Voz
R49.0	2	0,06	Disfonia
R51	29	0,82	Cefaleia
R53	8	0,21	Mal estar, fadiga
R59	2	0,06	Aumento de volume dos gânglios linfáticos

(Cont. Tabela 90 - Prevalência de Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
R60	1	0,03	Edema não classificado em outra parte
R62	1	0,03	Retardo do desenvolvimento fisiológico normal
R63	1	0,03	Sintomas e sinais relativos à ingestão de alimentos e líquidos
R69	5	0,14	Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade
Total	128	3,61	

Na mesma tendência da análise retrospectiva, com uma inversão de resultados, a CID a R51 – Cefaleia incidiu com maior frequência na prospecção com 58 codificações (3,27%), contra 36 citações da R10 – Dor abdominal e pélvica (2,03%), do total de 131 (7,41%) atestações deste grupo (Tabela 91).

Tabela 91 - Incidência de Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
R05	2	0,11	Tosse
R07	1	0,06	Dor de garganta e no peito
R07.0	1	0,06	Dor de garganta
R07.4	1	0,06	Dor torácica, não especificada
R10	36	2,03	Dor abdominal e pélvica
R10.0	1	0,06	Abdome agudo
R10.1	1	0,06	Dor localizada no abdome superior
R10.4	19	1,07	Outras dores abdominais e as não especificadas
R11	1	0,06	Náusea e vômitos
R29	1	0,06	Outros sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular
R42	3	0,16	Tontura e instabilidade
R47	1	0,06	Distúrbios da fala não classificados em outra parte
R49	1	0,06	Distúrbios da voz
R51	58	3,27	Cefaleia
R53	2	0,11	Mal estar, fadiga
R68	1	0,06	Outros sintomas e sinais gerais
R69	1	0,06	Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade
Total	131	7,41	

5.11.19 Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98)

As lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas ocorreram em 67 funcionários (19,7%), conforme a tabela 92, levando-os a se ausentarem do trabalho durante o período retrospectivo do estudo, e atingiram somente 15 (4,9%) no período prospectivo.

Tabela 92 - Prevalência e Incidência de Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98) nos indivíduos da mostra

Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas S00-T98	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	273	80,3	289	95,1
Sim	67	19,7	15	4,9
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Nesta categoria a CID que predominou na estatística da Prevalência foi a S93.4 – Entorse e distensão do tornozelo, com 13 citações (0,36%), do total de 96 (2,75%) do grupo (Tabela 93).

Tabela 93 - Prevalência de Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
S01.4	1	0,03	Ferimento da bochecha e região têmporo-mandibular
S09.9	1	0,03	Traumatismo não especificado da cabeça
S20.2	1	0,03	Contusão do tórax
S30.0	1	0,03	Contusão do dorso e da pelve
S32.2	1	0,03	Fratura do cóccix
S40.0	4	0,11	Contusão do ombro e do braço
S52.0	1	0,03	Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]
S52.5	5	0,14	Fratura da extremidade distal do rádio
S56.0	2	0,06	Traumatismo do músculo flexor e tendão do polegar ao nível do antebraço
S60.2	2	0,06	Contusão de outras partes do punho e da mão
S61	1	0,03	Ferimento do punho e da mão
S61.0	1	0,03	Ferimento de dedo(s) sem lesão da unha
S62.6	1	0,03	Fratura de outros dedos

(Cont. Tabela 93 - Prevalência de Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
S63.6	1	0,03	Entorse e distensão do(s) dedo(s)
S66.7	1	0,03	Traumatismo de músculos extensores e tendões múltiplos ao nível do punho e da mão
S70.0	1	0,03	Contusão do quadril
S80.0	9	0,26	Contusão do joelho
S80.1	1	0,03	Contusão de outras partes e de partes não especificadas da perna
S81.9	1	0,03	Ferimento da perna, parte não especificada
S82.0	1	0,03	Fratura da rótula [patela]
S82.8	3	0,08	Fratura de outras partes da perna
S83	2	0,06	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do joelho
S83.1	1	0,03	Luxação do joelho
S83.4	1	0,03	Entorse e distensão envolvendo ligamento colateral (peronial) (tibial) do joelho
S83.6	1	0,03	Entorse e distensão de outras partes e das não especificadas do joelho
S83.7	2	0,06	Traumatismo de estruturas múltiplas do joelho
S86	3	0,08	Traumatismos de músculo e de tendão ao nível da perna
S90.0	2	0,06	Contusão do tornozelo
S90.3	3	0,08	Contusão de outras partes e partes não especificadas do pé
S91	1	0,03	Ferimentos do tornozelo e do pé
S91.3	1	0,03	Ferimento de outras partes do pé
S92.3	3	0,08	Fratura de ossos do metatarso
S92.4	3	0,08	Fratura do hálux
S93	4	0,11	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé
S93.2	5	0,14	Ruptura de ligamentos ao nível do tornozelo e do pé
S93.4	13	0,36	Entorse e distensão do tornozelo
S93.6	2	0,06	Entorse e distensão de outras partes e de partes não especificadas do pé
S96.8	1	0,03	Traumatismo de outros tendões e músculos ao nível do tornozelo e do pé
T07	2	0,06	Traumatismos múltiplos não especificados
T10	1	0,03	Fratura do membro superior, nível não especificado
T13.5	1	0,03	Traumatismo de músculo e tendão não especificado de membro inferior, nível não especificado
T30.0	1	0,03	Queimadura, parte do corpo não especificada, grau não especificado
T78.4	2	0,06	Alergia não especificada
T90	1	0,03	Sequelas de traumatismo da cabeça
Total	96	2,75	

Já, a CID que predominou na estatística da Incidência foi a S83.7 – Traumatismo de estruturas múltiplas do joelho, com 4 codificações (0,22%), do total de 19 (1,09%) da categoria (Tabela 94).

Tabela 94 - Incidência de Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
S20	1	0,06	Traumatismo superficial do tórax
S40.0	1	0,06	Contusão do ombro e do braço
S52.5	1	0,06	Fratura da extremidade distal do rádio
S60	1	0,06	Traumatismo superficial do punho e da mão
S61.0	1	0,06	Ferimento de dedo(s) sem lesão da unha
S83.2	1	0,06	Ruptura do menisco, atual
S83.7	4	0,22	Traumatismo de estruturas múltiplas do joelho
S92.3	1	0,06	Fratura de ossos do metatarso
S93	1	0,06	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé
S93.4	3	0,16	Entorse e distensão do tornozelo
S93.6	1	0,06	Entorse e distensão de outras partes e de partes não especificadas do pé
T63.9	2	0,11	Efeito tóxico de contato com animal venenoso não especificado
T78.4	1	0,06	Alergia não especificada
Total	19	1,09	

5.11.20 Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98)

As intercorrências dadas por causas externas de morbidade e de mortalidade afetaram 17 sujeitos (5,0%) da mostra levando-os a se ausentarem do trabalho (Tabela 95) durante o período de levantamento da Prevalência, e 2 (0,7%), em circunstâncias semelhantes, no estudo da Incidência.

Tabela 95 - Prevalência e Incidência de Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98) nos indivíduos da mostra

Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade V01-Y98	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	323	95,0	302	99,3
Sim	17	5,0	2	0,7
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

A CID mais prevalente nesta categoria de morbidades foi a Y73 – Dispositivos (aparelhos) usados em gastroenterologia e em urologia, associados a

incidentes adversos, com 12 atestações (0,33%), do montante 17 (0,48%) do grupo (Tabela 96).

Tabela 96 - Prevalência de Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
V10	1	0,03	Ciclista traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal
V49.9	1	0,03	Ocupante [qualquer] de um automóvel [carro], traumatizado em um acidente de trânsito não especificado
V76.9	1	0,03	Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado - ocupante não especificado de um ônibus traumatizado em um acidente de trânsito
W30.9	1	0,03	Contato com maquinaria agrícola - local não especificado
Y19.2	1	0,03	Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas e aos não especificados, intenção não determinada - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
Y73	12	0,33	Dispositivos (aparelhos) usados em gastroenterologia e em urologia, associados a incidentes adversos
Total	17	0,48	

Muito embora tenha ocorrido somente uma CID codificada no estudo da Incidência, nesta categoria de morbidades foi também a Y73 – Dispositivos (aparelhos) usados em gastroenterologia e em urologia, associados a incidentes adversos, com 2 citações (0,11%), (Tabela 97).

Tabela 97 - Incidência de Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
Y73	2	0,11	Dispositivos (aparelhos) usados em gastroenterologia e em urologia, associados a incidentes adversos
Total	2	0,11	

5.11.21 Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99)

Quanto aos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, 100 indivíduos (29,4%) da amostragem, justificaram sua ausência temporária ao trabalho alegando uma ampla gama destas condições na análise retrospectiva, e 106 (34,9%) o fizeram no período prospectivo (Tabela 98).

Tabela 98 - Prevalência e Incidência de Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99) nos indivíduos da mostra

Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde Z00-Z99	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	240	70,6	198	65,1
Sim	100	29,4	106	34,9
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

A CID Z03 - Observação e avaliação médica por doenças e afecções suspeitas prevaleceu com 32 codificações (0,91%), seguida de perto da Z76.3 – Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente com 24 (0,68%), de um total de 200 eventos registrados (5,64%) no estudo retrospectivo (Tabela 99).

Tabela 99 - Prevalência de Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
Z00	20	0,56	Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado
Z00.0	7	0,19	Exame médico geral
Z01	4	0,11	Outros exames e investigações especiais de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado
Z01.0	2	0,06	Exame dos olhos e da visão
Z01.3	1	0,03	Exame da pressão arterial
Z01.4	9	0,26	Exame ginecológico (geral) (de rotina)
Z01.6	12	0,33	Exame radiológico não classificado em outra parte
Z01.7	1	0,03	Exame de laboratório
Z01.8	1	0,03	Outros exames especiais especificados
Z02	2	0,06	Exame médico e consulta com finalidades administrativas
Z03	32	0,91	Observação e avaliação médica por doenças e afecções suspeitas
Z03.9	2	0,06	Observação por suspeita de doença ou afecção não especificada
Z04	1	0,03	Exame e observação por outras razões
Z09.7	1	0,03	Exame de seguimento após tratamento combinado por outras afecções
Z10.0	1	0,03	Exame de saúde ocupacional
Z12.3	1	0,03	Exame especial de rastreamento de neoplasia de mama
Z12.4	7	0,19	Exame especial de rastreamento de neoplasia do colo do útero
Z13.9	1	0,03	Exame especial de rastreamento não especificado
Z30	3	0,08	Anticoncepção
Z30.0	1	0,03	Aconselhamento geral sobre contracepção

(Cont. Tabela 99 - Prevalência de Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99))

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
Z30.8	1	0,03	Procedimento anticoncepcional não especificado
Z32	1	0,03	Exame ou teste de gravidez
Z32.1	1	0,03	Gravidez confirmada
Z34	16	0,44	Supervisão de gravidez normal
Z34.0	1	0,03	Supervisão de primeira gravidez normal
Z34.9	11	0,3	Supervisão de gravidez normal, não especificada
Z35	7	0,19	Supervisão de gravidez de alto risco
Z35.8	1	0,03	Supervisão de outras gravidezes de alto risco
Z36	2	0,06	Rastreamento (<i>screening</i>) pré-natal
Z36.4	1	0,03	Rastreamento pré-natal do retardo de crescimento do feto por ultrassom e outros métodos físicos
Z36.9	1	0,03	Rastreamento pré-natal não especificado
Z42	1	0,03	Seguimento envolvendo cirurgia plástica
Z48	1	0,03	Outro seguimento cirúrgico
Z51	1	0,03	Outros cuidados médicos
Z54	1	0,03	Convalescença
Z54.0	10	0,27	Convalescença após cirurgia
Z71.9	6	0,17	Aconselhamento não especificado
Z76	1	0,03	Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias
Z76.3	24	0,68	Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente
Z76.8	1	0,03	Contatos com serviços de saúde por outras circunstâncias especificadas
Z76.9	1	0,03	Pessoa em contato com serviços de saúde em circunstâncias não especificadas
Z83.4	1	0,03	História familiar de outras doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
Total	200	5,64	

A CID Z76.3 – Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente incidu em maior frequência com 40 codificações (2,25%), seguida de perto da Z00 – Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado, com 39 (2,19%), de um total de 248 eventos registrados (13,95%) no estudo prospectivo (Tabela 100).

Tabela 100 - Incidência de Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99)

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
Z00	39	2,19	Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado
Z00.0	14	0,78	Exame médico geral
Z01	1	0,06	Outros exames e investigações especiais de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado
Z01.0	7	0,39	Exame dos olhos e da visão
Z01.4	34	1,92	Exame ginecológico (geral) (de rotina)
Z01.7	1	0,06	Exame de laboratório
Z01.8	10	0,56	Outros exames especiais especificados
Z02	2	0,11	Exame médico e consulta com finalidades administrativas
Z03	13	0,73	Observação e avaliação médica por doenças e afecções suspeitas
Z03.4	1	0,06	Observação por suspeita de infarto do miocárdio
Z03.8	10	0,56	Observação por suspeita de outras doenças e afecções
Z03.9	6	0,32	Observação por suspeita de doença ou afecção não especificada
Z04.1	1	0,06	Exame e observação após acidente de transporte
Z04.9	1	0,06	Exame e observação por razão não especificada
Z12.4	9	0,5	Exame especial de rastreamento de neoplasia do colo do útero
Z30	1	0,06	Anticoncepção
Z34	34	1,92	Supervisão de gravidez normal
Z34.0	1	0,06	Supervisão de primeira gravidez normal
Z34.9	3	0,16	Supervisão de gravidez normal, não especificada
Z36	1	0,06	Rastreamento (<i>screening</i>) pré-natal
Z46.0	1	0,06	Colocação e ajustamento de óculos e lentes de contato
Z48	1	0,06	Outro seguimento cirúrgico
Z54	4	0,22	Convalescença
Z54.0	1	0,06	Convalescença após cirurgia
Z71.2	1	0,06	Pessoa que consulta para explicação de achados de exame
Z71.9	5	0,28	Aconselhamento não especificado
Z76	3	0,16	Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias
Z76.0	1	0,06	Emissão de prescrição de repetição
Z76.3	40	2,25	Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente
Z76.4	1	0,06	Outros pensionistas em estabelecimentos de cuidados de saúde
Z98.8	1	0,06	Outros estados pós-cirúrgicos especificados
Total	248	13,95	

5.11.22 Causa não determinada – Sem CID

Quando não foi possível determinar durante a coleta de dados qual a codificação da CID, se ilegível ou pela sua inexistência no atestado, foi atribuída a esta situação de absenteísmo como sendo de causa indeterminada ou não determinada quanto a uma patologia específica que justificasse a ausência do servidor ao trabalho, apontando-se 123 servidores (36,2%) da amostra nesta condição no período do estudo retrospectivo, e 75 (24,7%), no prospectivo (Tabela 101).

Tabela 101 - Prevalência e Incidência de Causa não determinada – Sem CID nos indivíduos da mostra

Causa não determinada Sem CID	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	217	63,8	229	75,3
Sim	123	36,2	75	24,7
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

No levantamento retrospectivo da Prevalência foram identificados 1.139 atestados com a ausência da CID, implicando em 32,33% do total de atestações levantadas.

No entanto, no estudo prospectivo da Incidência houve uma queda substancial no número de atestados médicos sem a presença da CID, sendo quantificadas 111 atestações com esta característica, apontando para um índice de 6,24% do total de atestados encontrados no período.

5.11.23 CID Inexistente

Durante o processo de descrição das CIDs encontradas foi possível identificar que algumas codificações eram inexistentes, algumas delas que sugerem, talvez, erro de grafia, uma vez que aparecem em ocorrências únicas; já, outras, são sugestivas de desconhecimento do profissional do correto código da CID a ser utilizado para determinada patologia, visto serem codificações inexistentes que se

repetem em mais de um atestado. Tais eventos foram passíveis de identificação tanto no Levantamento da Prevalência, quanto da Incidência, e a sua distribuição em números absolutos e relativos nos indivíduos da amostra foi impossível de ser realizada, uma vez que se tratavam de derivações das CIDs, porém inexistentes em categorias já identificadas e contabilizadas.

No levantamento da Prevalência foram localizadas 36 CIDs inexistentes (1,05%) com algumas que se repetem: A09.0, F32.4, H24.6, J04.4 e K32.1 (Tabela 102).

Tabela 102 - Prevalência de CID Inexistente

CID	Frequência (n)	Percentual (%)	Descrição
A05.8	1	0,03	Inexistente
A09.0	2	0,06	Inexistente
A4	1	0,03	Inexistente
A46.0	1	0,03	Inexistente
D92.1	1	0,03	Inexistente
E32.2	1	0,03	Inexistente
F24.2	1	0,03	Inexistente
F32.4	3	0,08	Inexistente
G10.7	1	0,03	Inexistente
G42	1	0,03	Inexistente
H12	1	0,03	Inexistente
H24.6	3	0,08	Inexistente
I10.0	1	0,03	Inexistente
I18	1	0,03	Inexistente
I18.9	1	0,03	Inexistente
I86.5	1	0,03	Inexistente
J04.4	2	0,06	Inexistente
J56.0	1	0,03	Inexistente
J84.5	1	0,03	Inexistente
K32.1	4	0,11	Inexistente
M28	1	0,03	Inexistente
M28.5	1	0,03	Inexistente
M52	1	0,03	Inexistente
M52.0	1	0,03	Inexistente
M71.9	1	0,03	Inexistente
M75.7	1	0,03	Inexistente
R10.8	1	0,03	Inexistente
Total	36	1,05	

Já, no levantamento da Incidência foram identificadas 6 CIDs inexistentes (0,35%), com a repetição somente da J04.4, também presente no estudo retrospectivo (Tabela 103).

Tabela 103 - Incidência de CID Inexistente

CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Descrição
A10.9	1	0,06	Inexistente
I04	1	0,06	Inexistente
I14	1	0,06	Inexistente
J04.4	2	0,11	Inexistente
J83.9	1	0,06	Inexistente
Total	6	0,35	

5.11.24 Sumário da Prevalência e Incidência das patologias por categorias de três caracteres da CID-10 nos indivíduos da amostra

Neste subitem foram sumarizadas cada uma das categorias da CID-10, referentes a cada grupo de patologia médica encontrada, de acordo com a lista tabular, quando presente em cada indivíduo da mostra, apontando em números absolutos e relativos, tanto a Prevalência, como a Incidência, das patologias nos sujeitos de pesquisa acometidos da amostra (Tabela 104).

No levantamento da prevalência as moléstias que mais se manifestaram nos indivíduos da mostra foram as Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99), afetando 152 servidores (44,7%), seguida das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99), que comprometeram a saúde de 128 funcionários (37,6%), e das Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99), presentes em 124 sujeitos (36,5%). Por outro lado, as doenças com maior ocorrência na análise prospectiva, que agravaram a saúde do funcionalismo, foram atribuídas aos Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99), manifestos em 106 trabalhadores (34,9%), seguida das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99), que cursaram em 96 servidores (31,6%), e das Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99), as quais afetaram 91 funcionários (29,9%) (Tabela 104 e Gráfico 11).

Tabela 104 - Prevalência e Incidência das patologias por categorias de três caracteres da CID-10 nos indivíduos da amostra

Categoria CID-10	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
A00-B99	104	30,6	56	18,4
C00-D48	22	6,5	14	4,6
D50-D89	6	1,8	3	1,0
E00-E90	36	10,6	23	7,6
F00-F99	75	22,1	51	16,8
G00-G99	39	11,5	34	11,2
H00-H59	80	23,5	43	14,1
H60-H95	31	9,1	20	6,6
I00-I99	73	21,5	50	16,4
J00-J99	152	44,7	91	29,9
K00-K93	76	22,4	44	14,5
L00-L99	26	7,6	21	6,9
M00-M99	128	37,6	96	31,6
N00-N99	124	36,5	74	24,3
O00-O99	21	6,2	7	2,3
P00-P96	0	0	0	0
Q00-Q99	2	0,6	1	0,3
R00-R99	82	24,1	65	21,4
S00-T98	67	19,7	15	4,9
V01-Y98	17	5,0	2	0,7
Z00-Z99	100	29,4	106	34,9
SC - Sem CID	123	36,2	75	24,7

Gráfico 11 - Prevalência e Incidência das patologias por categorias de três caracteres da CID-10 nos indivíduos da amostra

O risco relativo (RR) de solicitação de afastamento segundo as nosologias médicas, classificadas dentro das categorias de três caracteres da CID-10, e ajustado em proporções foi maior no estudo da Prevalência para todas as categorias da CID-10, exceto para Z00-Z99, e os RRs variaram de uma razão de 7,60:1 para a V01-Y98, a 1,03:1 para a G00-G99. Assim, o RR foi maior no estudo da Incidência para Z00-Z99, com RR na razão de 0,84:1. Consequentemente a aplicação do Teste do Qui-quadrado (χ^2), nota-se significância estatística para as proporções de indivíduos e as patologias: A00-B9, H00-H59, J00-J99, K00-K93, N00-N99, O00-O99, S00-T98 e V01-Y98, ou ausência de patologias codificadas, sem CID (SC), de ambos os estudos, retrospectivo e prospectivo ($p < 0,05$) (Tabela 105).

Tabela 105 - Risco Relativo nosológico das categorias de três caracteres da CID-10 para causa por afastamento médico, segundo a Prevalência e a Incidência

Categoria CID-10	Prevalência (P)	Incidência (I)	Total	Risco Relativo RR P/I	p	χ^2
A00-B99	104	56	160	1,66 (1,25 <RR< 2,21)	0,001*	12,08
C00-D48	22	14	36	1,41 (0,73 <RR< 2,70)	0,392	0,73
D50-D89	6	3	9	1,79 (0,45 <RR< 7,09)	0,615	0,25
E00-E90	36	23	59	1,40 ((0,85 <RR< 2,31)	0,234	1,42
F00-F99	75	51	126	1,31 (0,95 <RR< 1,81)	0,112	2,52
G00-G99	39	34	73	1,03 (0,67 <RR< 1,58)	0,992	0,00
H00-H59	80	43	123	1,66 (1,19 <RR< 2,33)	0,003*	8,55
H60-H95	31	20	51	1,39 (0,81 <RR< 2,38)	0,296	1,09
I00-I99	73	50	123	1,31 (0,94 <RR< 1,81)	0,129	2,31
J00-J99	152	91	243	1,49 (1,21 <RR< 1,84)	0,000*	14,28
K00-K93	76	44	120	1,54 (1,10 <RR< 2,16)	0,014*	6,06
L00-L99	26	21	47	1,11 (0,64 <RR< 1,93)	0,835	0,04
M00-M99	128	96	224	1,19 (0,96 <RR< 1,48)	0,126	2,34
N00-N99	124	74	198	1,50 (1,18 <RR< 1,91)	0,001*	10,53
O00-O99	21	7	28	2,68 (1,16 <RR< 6,22)	0,027*	4,90
P00-P96	0	0	0	-	-	-
Q00-Q99	2	1	3	1,79 (0,16 <RR< 19,62)	0,923	0,01
R00-R99	82	65	147	1,13 (0,85 <RR< 1,50)	0,464	0,54
S00-T98	67	15	82	3,99 (2,33 <RR< 6,84)	0,000*	30,20
V01-Y98	17	2	19	7,60 (1,77 <RR< 32,63)	0,003*	9,11
Z00-Z99	100	106	206	0,84 (0,67 <RR< 1,06)	0,162	1,95
SC - Sem CID	123	75	198	1,47 (1,15 <RR< 1,87)	0,002*	9,44

* Estatisticamente significante (p<0,05)

5.12 CAUSA POR AFASTAMENTO ODONTOLÓGICO

Foram aqui computados somente as CIDs de origem odontológica, elencando o código, ou seja, a classificação, a sua descrição, ou definição, e as suas respectivas ocorrências quantificadas de forma absoluta e relativa, tanto no levantamento retrospectivo para estudo da Prevalência (Tabela 106 e Gráfico 12), quanto no prospectivo para a análise da Incidência (Tabela 107 e Gráfico 13).

Assim, no estudo da Prevalência, a soma de todos os eventos encontrados foi de 337 condições patológicas bem definidas pela sua CID ou indeterminadas pela ausência desta. Assim, preponderou a condição de indeterminação da patologia atestada, caracterizada pela ausência da CID no Atestado (sem CID), ou qualquer outra forma de anotação que pudesse identificar o motivo do afastamento, com 147

notações, representando 43,62% da amostra das atestações odontológicas exclusivas. Dentre as patologias determinadas objetivamente, a maior prevalência foi atribuída aos Dentes Inclusos com 29 eventos, representando 8,61% dos atestados válidos emitidos no período. Sequencialmente, foram levantados 18 atestados, 5,34%, conferidos à Cárie Dentária, 16 atestações para a Doença da polpa e dos tecidos periapicais, 4,75% e a Gengivite e doenças periodontais foram atestadas 14 vezes, ou seja, 4,15%.

Neste universo de atestação odontológica, além das esperadas codificações com CIDs de Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93), foram encontradas também Neoplasias (Tumores) – (C00-D48) com a soma de 13 eventos, 3,86%. A Fratura dos ossos maxilares e mandibulares (CID S02.4) do grupo das Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98) esteve presente em 3 casos, 0,89%, e os Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99) foram determinados em 4 atestados, 1,19%.

Tabela 106 - Prevalência de causa por afastamento odontológico

CID (código)	CID (Descrição)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
SC	Sem CID – Indeterminado	147	43,62
K01	Dentes inclusos e impactados	2	0,59
K01.0	Dentes inclusos	29	8,61
K01.1	Dentes impactados	2	0,59
K02	Cárie dentária	18	5,34
K02.1	Cáries da dentina	3	0,89
K02.2	Cárie do cimento	5	1,48
K02.9	Cárie dentária sem outra especificação	2	0,59
K03	Outras doenças dos tecidos dentários duros	1	0,30
K04	Doença da polpa e dos tecidos periapicais	16	4,75
K04.0	Pulpite	9	2,67
K04.1	Necrose da polpa	8	2,37
K04.3	Formação anormal de tecidos duros na polpa	1	0,30
K04.7	Abscesso periapical sem fístula	4	1,19
K05	Gengivite e doenças periodontais	14	4,15
K05.0	Gengivite aguda	8	2,37
K05.1	Gengivite crônica	6	1,78
K05.2	Periodontite aguda	4	1,19
K06.0	Retração gengival	1	0,30

(Cont. Tabela 106 - Prevalência de causa por afastamento odontológico)

CID (código)	CID (Descrição)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
K07	Anomalias dentofaciais	3	0,89
K07.1	Anomalias da relação entre mandíbula e base do crânio	2	0,59
K07.3	Anomalias da posição dos dentes	1	0,30
K07.6	Transtorno da articulação temporomandibular	2	0,59
K08	Outros transtornos dos dentes e estruturas de sustentação	9	2,67
K08.1	Perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas	8	2,37
K08.8	Outros transtornos especificados dos dentes e das estruturas de sustentação	2	0,59
K10	Outras doenças dos maxilares	6	1,78
K10.3	Alveolite maxilar	1	0,30
K12	Estomatite e lesões correlatas	2	0,59
K13	Outras doenças do lábio e da mucosa oral	1	0,30
D10.3	Neoplasia benigna de outras partes da boca e as não especificadas	7	2,08
D16.4	Neoplasia benigna dos ossos do crânio e da face	2	0,59
D22.0	Nevo melanocítico do lábio	4	1,19
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares	3	0,89
Z54.0	Convalescença após cirurgia	3	0,89
Z96.5	Presença de raiz dentária e implantes mandibulares	1	0,30
Total		337	100

Gráfico 12 - Prevalência das categorias e subcategorias da CID-10 das causas dos afastamentos odontológicos – CIDs isoladamente mais frequentes

Neste mesmo raciocínio, na análise da Incidência, a soma de todas as atestações encontradas apontou 187 condições patológicas bem definidas pela sua CID ou indeterminadas pela ausência desta. Assim, também preponderou a condição de indeterminação da patologia atestada, caracterizada pela ausência da CID no Atestado, ou qualquer outra forma de anotação que pudesse identificar o motivo do afastamento, com 67 notações, representando 35,82% da amostra das atestações exclusivamente odontológicas. Dentre as patologias determinadas objetivamente, a maior incidência foi atribuída a Necrose da polpa com 12 eventos, representando 6,42% dos atestados válidos emitidos no período. Sequencialmente, foram levantados 10 atestados, 5,34%, conferidos à Gengivite e doenças periodontais, 9 atestações para a Cárie dentária, sem outra especificação, 9 para Pulpite, e 9 para Outros transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação, todas as 3 últimas patologias com a mesma incidência, com seus respectivos 4,81% individuais.

Da mesma forma, neste contexto de atestação odontológica analisado no estudo da Incidência, além das esperadas codificações com CIDs de Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93), foram encontradas também CIDs referentes aos

Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99), codificados em 9 atestados, 4,82%.

Tabela 107 - Incidência de causa por afastamento odontológico

CID (Código)	CID (Descrição)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
SC	Sem CID – Indeterminado	67	35,82
K01	Dentes inclusos e impactados	4	2,13
K01.0	Dentes inclusos	6	3,21
K02	Cárie dentária	6	3,21
K02.0	Cáries limitadas ao esmalte	1	0,54
K02.1	Cáries da dentina	4	2,13
K02.9	Cárie dentária, sem outra especificação	9	4,81
K03.8	Outras doenças especificadas dos tecidos duros dos dentes	1	0,54
K04	Doenças da polpa e dos tecidos periapicais	8	4,28
K04.0	Pulpite	9	4,81
K04.1	Necrose da polpa	12	6,42
K04.6	Abscesso periapical com fístula	2	1,07
K04.7	Abscesso periapical sem fístula	4	2,13
K05	Gengivite e doenças periodontais	10	5,34
K05.1	Gengivite crônica	1	0,54
K05.2	Periodontite aguda	1	0,54
K05.5	Outras doenças periodontais	1	0,54
K06.8	Outros transtornos especificados da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes	1	0,54
K07	Anomalias dentofaciais (inclusive a maloclusão)	1	0,54
K07.1	Anomalias da relação entre a mandíbula com a base do crânio	1	0,54
K07.3	Anomalias da posição dos dentes	2	1,07
K07.6	Transtornos da articulação temporomandibular	4	2,13
K08	Outros transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação	9	4,81
K08.1	Perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas	5	2,67
K08.8	Outros transtornos especificados dos dentes e das estruturas de sustentação	4	2,13
K10.0	Transtornos do desenvolvimento dos maxilares	3	1,61
K11.2	Sialadenite	1	0,54
K11.4	Fístula de glândula salivar	1	0,54
Z46.4	Colocação e ajustamento de aparelho ortodôntico	1	0,54
Z54.0	Convalescença após cirurgia	1	0,54
Z76.3	Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente	3	1,61
Z96.5	Presença de raiz dentária e implantes mandibulares	4	2,13
Total		187	100

Gráfico 13 - Incidência das categorias e subcategorias da CID-10 das causas dos afastamentos odontológicos – CIDs isoladamente mais frequentes

Ainda, considerando as categorias de três caracteres da CID-10, no estudo retrospectivo onde se avaliou a Prevalência, a categoria mais prevalente foi a da CID K04 – Doença da polpa e dos tecidos periapicais, com 38 codificações (11,28%), seguida da CID K01 – Dentes inclusos e impactados, com 33 (9,79%), da CID K05 – Gengivite e doenças periodontais, com 32 (9,49%), da CID K02 – Cárie dentária, com 28 eventos (8,21%) e da CID K08 – Outros transtornos dos dentes e estruturas de sustentação, com 19 (5,63%), em que pese o montante de 147 atestações sem a codificação da CID (43,62%), do total de 337 afastamentos de cunho odontológico (Tabela 108 e Gráfico 14).

E mais, nesta mesma linha de raciocínio, no estudo prospectivo onde se analisou a Incidência, a categoria de 3 caracteres mais incidente também foi a K04 – Doença da polpa e dos tecidos periapicais, com 35 codificações (18,71%), seguida da CID K02 – Cárie dentária, com 20 eventos (10,69%), da CID K08 – Outros transtornos dos dentes e estruturas de sustentação, com 18 (9,61%), da CID K05 – Gengivite e doenças periodontais, com 13 atestações (6,97%) e da CID K01 – Dentes inclusos e impactados, com 10 (5,34%), não obstante a soma de 67

atestados sem a presença da CID especificada (35,82%), de um total de 187 eventos (Tabela 108 e Gráfico 14).

Tabela 108 - Prevalência e Incidência das categorias de três caracteres da CID-10 para causa por afastamento odontológico

Categoria CID-10	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
K01	33	9,79	10	5,34
K02	28	8,31	20	10,69
K03	1	0,3	1	0,54
K04	38	11,28	35	18,71
K05	32	9,49	13	6,97
K06	1	0,3	1	0,54
K07	8	2,37	8	4,28
K08	19	5,63	18	9,61
K10	7	2,08	3	1,61
K11	0	0	2	1,07
K12	2	0,59	0	0
K13	1	0,3	0	0
D10	7	2,08	0	0
D16	2	0,59	0	0
D22	4	1,19	0	0
S02	3	0,89	0	0
Z46	0	0	1	0,54
Z54	3	0,89	1	0,54
Z76	0	0	3	1,61
Z96	1	0,3	4	2,13
SC	147	43,62	67	35,82
Total	337	100	187	100

Gráfico 14 - Incidência e Prevalência das categorias da CID-10 das causas determinadas dos afastamentos odontológicos

O risco relativo (RR) de solicitação de afastamento segundo as nosologias odontológicas, classificadas dentro das categorias de três caracteres da CID-10, e ajustado em proporções foi maior no estudo da Prevalência para: K01, K02, K04, K05, K08, K10 e Z54, e os RRs variaram de uma razão de 4,47:1 para a K10, a 1,07:1 para a K08. Já, o RR foi maior no estudo da Incidência para: K03, K06, K07 e Z96, com RR na razão de 0,89:1. Consequentemente a aplicação do Teste do Qui-quadrado (χ^2), nota-se ausência de significância estatística para as proporções de indivíduos e todas as patologias identificadas, de ambos os estudos, retrospectivo e prospectivo ($p > 0,05$) (Tabela 109).

Tabela 109 - Risco Relativo nosológico das categorias de três caracteres da CID-10 para causa por afastamento odontológico, segundo a Prevalência e a Incidência

Categoria CID-10	Prevalência (P)	Incidência (I)	Total	Risco Relativo (RR) P/I	p	x²
K01	19	8	27	2,12 (0,94 <RR< 4,78)	0,095	2,80
K02	16	11	27	1,30 (0,61 <RR< 2,76)	0,624	0,24
K03	1	1	2	0,89 (0,06 <RR< 14,23)	0,529	0,40
K04	24	17	41	1,26 (0,69 <RR< 2,30)	0,549	0,36
K05	15	8	23	1,68 (0,72 <RR< 3,90)	0,316	1,01
K06	1	1	2	0,89 (0,06 <RR< 14,23)	0,529	0,40
K07	6	6	12	0,89 (0,29 <RR< 2,74)	0,923	0,01
K08	12	10	22	1,07 (0,47 <RR< 2,45)	0,960	0,00
K10	5	1	6	4,47 (0,53 <RR< 38,05)	0,274	1,20
K11	0	2	2	0,00	0,430	0,62
K12	2	0	2	-	0,529	0,40
K13	1	0	1	-	0,955	0,00
D10	2	0	2	-	0,529	0,40
D16	1	0	1	-	0,955	0,00
D22	1	0	1	-	0,955	0,00
S02	1	0	1	-	0,955	0,00
Z46	0	1	1	0,00	0,955	0,00
Z54	2	1	3	1,79 (0,16 <RR< 19,62)	0,923	0,01
Z76	0	3	3	0,00	0,209	1,58
Z96	1	1	2	0,89 (0,06 <RR< 14,23)	0,529	0,40
SC	39	25	64	1,39 (0,87 <RR< 2,25)	0,214	1,55

5.13 CAUSA DE AFASTAMENTO POR ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Neste subitem foram registrados exclusivamente os afastamentos cuja motivação foi o acompanhamento de familiares por ocasião de doença, especificado descritivamente nos atestados de forma direta e objetiva ou por intermédio da notação da CID-10 específica para tal evento, a Z76.3 - Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente. De acordo com a tabela 110 é possível identificar que 43 servidores se ausentaram de suas funções laborativas habituais nesta circunstância, todos eles por razão médica e nenhum por motivo odontológico, com 90 eventos dos quais 24 apresentavam a CID Z76.3 anotada no atestado e nas restantes 66 atestações se especificava descritivamente de forma direta a causa do acompanhamento do doente, representando um percentual de 12,6%, oscilando desde uma única falta, 7,6%, até 14 ausências, 0,3%, desta somatória total

percentual, no período do levantamento retrospectivo. Já, durante o período prospectivo, apontou-se 19 servidores nesta mesma situação, que apresentaram 40 atestados com a Z76.3 codificada como justificativa médica do acompanhamento do doente e 3 funcionários, com 3 atestações com ela também codificada por razão odontológica, num total de 22 trabalhadores com 43 eventos (7,24%), variando de uma única atestação (4,28%), até 10 atestados (0,33%) apresentados pelo mesmo indivíduo com esta justificativa. No levantamento da Incidência não se verificou nenhum atestado que tenha descrito no seu corpo o motivo do afastamento por acompanhamento de forma objetiva e direta, sendo em todos exclusivamente apontada a CID Z76.3 notada no documento.

Tabela 110 - Prevalência e Incidência de Causa de afastamento por Acompanhamento Familiar

Quantidade de Faltas por Acompanhamento Familiar - Frequência	Prevalência		Incidência	
	Sujeitos (n)	Porcentagem (%)	Sujeitos (n)	Porcentagem (%)
0	297	87,4	282	92,76
1	26	7,6	13	4,28
2	9	2,6	5	1,64
3	3	0,9	2	0,66
4	1	0,3	1	0,33
6	2	0,6	0	0
7	1	0,3	0	0
10	0	0	1	0,33
14	1	0,3	0	0
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

5.14 PERÍODO TOTAL DE AFASTAMENTO EM DIAS

O resultado da soma de todas as modalidades de afastamento ou ausência ao trabalho, tanto médico, como odontológico, seja afastamento por falta justificada, auxílio – doença ou auxílio – acidente / acidente de trabalho, foi computado em dias perdidos de trabalho, onde no período prospectivo do levantamento da Incidência houve uma perda total de 10.563 dias, oscilando desde nenhum dia, até 548 dias perdidos pelo mesmo servidor, tempo este que compreende o mesmo período total de 18 meses (548 dias) de análise do levantamento, com uma média de 34,75 e desvio padrão de 92,51, enquanto que no estudo anterior da Prevalência, os

resultados obtidos foram de uma perda total de 35.110 dias, oscilando desde nenhum dia, até 1.936 dias perdidos pelo mesmo funcionário, com uma média de 103,25 e desvio padrão de 257,89 (Gráfico 20).

5.15 FREQUÊNCIA DOS AFASTAMENTOS EM DIAS

A razão entre o tempo total de serviço do servidor em dias no período do levantamento e a quantidade total de afastamentos computada neste mesmo período, definiu de quantos em quantos dias, em média, houve uma modalidade qualquer de ausência ao trabalho, mostrando à cada quantos dias, em média, o funcionário apresentava um atestado que justificasse a sua ausência por um dia ou um determinado período de dias, média esta, calculada, de 143,52 dias com desvio padrão de 171,75, oscilando de zero a 548 dias (18 meses), ou seja, o período total do levantamento prospectivo da Incidência, dado este também calculado no estudo anterior da Prevalência, que apontou média de 460,85 dias com desvio padrão de 736,76, oscilando de zero a 4.165 dias (11 anos e 5 meses), ou seja, o período total do levantamento retrospectivo da Prevalência (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Incidência e Prevalência da frequência de afastamentos em dias

5.16 NÚMERO DE AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS

O número de afastamentos exclusivamente odontológicos foi computado, atingindo a soma total de 186 eventos, com uma média de 0,61 faltas por indivíduo, com desvio padrão de 1,77, variando entre nenhum até 16 afastamentos do mesmo

servidor, em números relativos, 9,78%, durante o período prospectivo do levantamento da Incidência, enquanto que no levantamento retrospectivo da Prevalência foi encontrado um total de 337 eventos, com uma média de 0,99 ausências por indivíduo, com desvio padrão de 3,09, variando entre nenhum até 32 afastamentos do mesmo funcionário, em números relativos, 8,73% (Gráficos 16, 17, 18 e 19).

5.17 DIAS PERDIDOS POR AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS

A soma de todos os dias perdidos por ausências de cunho odontológico atingiu a casa dos 279 dias, com média de 0,92 e desvio padrão de 3,23, oscilando entre nenhum e 41 dias perdidos pelo mesmo indivíduo, no levantamento da Incidência, a serem comparados com os mesmos dados obtidos na análise da Prevalência, que apontaram um total de 425 dias, com média de 1,25 e desvio padrão de 3,78, variando entre nenhum e 32 dias perdidos pelo mesmo servidor (Gráfico 20).

5.18 NÚMERO DE AFASTAMENTOS MÉDICOS

O número de afastamentos exclusivamente de ordem médica somou 1.715 eventos, em números relativos, 90,22%, os quais totalizaram 10.284 dias de trabalho perdidos, dados estes colhidos na análise da Incidência, enquanto que os resultados da pesquisa da Prevalência demonstraram um total de 3.523 eventos, em números relativos, 91,27%, que implicaram em 34.685 dias laborais comprometidos (Gráficos 16 e 17).

NAM: Número de Afastamentos Médicos
NAO: Número de Afastamentos Odontológicos

Gráfico 16 - Incidência do Número de Afastamentos Médicos (NAM) e do Número de Afastamentos Odontológicos (NAO)

NAM: Número de Afastamentos Médicos
NAO: Número de Afastamentos Odontológicos

Gráfico 17 - Prevalência do Número de Afastamentos Médicos (NAM) e do Número de Afastamentos Odontológicos (NAO)

5.18.1 Número de afastamentos Médicos por faltas justificadas

O número de afastamentos exclusivamente de origem médica, ocasionados por faltas justificadas ou abonadas, aquelas ocorridas em um ou mais dias, em períodos de no máximo de 15 dias, atingiu a soma de 1.680 eventos, com média de 5,53 e desvio padrão de 6,58, variando entre nenhum e 41 afastamentos por servidor, em números relativos, 88,38%, durante a análise prospectiva, a serem comparados com os resultados do estudo retrospectivo que apurou a soma de 3.406 eventos, com média de 10,03 e desvio padrão de 13,39, variando entre nenhum e 78 afastamentos por trabalhador, em números relativos, 88,24% (Gráficos 18 e 19).

5.18.2 Dias perdidos por afastamentos Médicos por faltas justificadas

A somatória de todos os dias perdidos por afastamentos exclusivamente de ordem médica e por faltas justificadas alcançou a ordem de 3.417 dias, com média de 11,23 e desvio padrão de 15,10, variando entre nenhum e 91 dias perdidos, para o período de avaliação da Incidência, por outro lado, a apreciação dos resultados da Prevalência diagnosticou uma perda de 8.812 dias, com média de 25,92 e desvio padrão de 39,43, variando entre nenhum e 293 dias perdidos (Gráfico 20).

5.18.3 Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

O número de afastamentos de origem exclusivamente médica cuja motivação foi o auxílio-doença, em períodos superiores a 15 dias, foi coincidente com a soma total, médico e odontológica, atribuída a **Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Doença**, uma vez que não foi identificado nenhum afastamento odontológico por Auxílio-Doença, isto, tanto para o presente estudo da Incidência, como para o anterior onde se explorou a Prevalência. Assim, a quantidade do benefício auxílio-doença somou um montante de 30 ocorrências, no seu total, que oscilaram de 0 a 3 eventos no máximo por funcionário licenciado, com média de $0,10 \pm 0,33$, em números relativos, 1,58%, dados estes coletados na pesquisa prospectiva, a serem confrontados com os resultados atribuídos na verificação retrospectiva que encontrou 97 benefícios, que oscilaram de 0 a 5 eventos no máximo por servidor afastado, com média de $0,29 \pm 0,71$, em números relativos, 2,51% (Gráfico 18 e 19).

5.18.4 Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

O número de dias totais perdidos por afastamentos médicos por Auxílio-Doença somou o montante de 6.128 dias, com média de 20,16 e desvio padrão de 87,77, oscilando entre nenhum e 548 dias perdidos, isto na apreciação prospectiva a ser confrontada com a retrospectiva, que por sua vez indicou a soma de 24.028 dias,

com média de 70,67 e desvio padrão de 241,39, oscilando entre nenhum e 1.874 dias perdidos (Gráfico 20).

5.18.5 Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho

O número de afastamentos de origem exclusivamente médica cuja motivação foi o auxílio-acidente / acidente de trabalho, foi coincidente com a soma total, médico e odontológica, atribuída a **Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho**, uma vez que não foi identificado nenhum afastamento odontológico por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho, seja para o presente estudo de coorte prospectivo, seja para o anterior onde se realizou a análise retrospectiva. Assim, foi registrada uma soma total de 5 sinistros, contemplando suas vítimas com o benefício do auxílio-acidente de 0 a situação única por beneficiário, com média de $0,02 \pm 0,12$, em números relativos, 0,26%, quando avaliada a Incidência, enquanto que para Prevalência se encontrou um total de 20 infortúnios, beneficiados pelo auxílio-acidente, numa estreita faixa de 0 a 2 situações por indivíduo, com média de $0,06 \pm 0,26$, em números relativos, 0,52% (Gráfico 18 e 19).

5.18.6 Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho

A somatória total de dias perdidos por afastamentos médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho alcançou o montante de 739 dias, com média de 2,43 e desvio padrão de 24,07, oscilando entre nenhum e 355 dias perdidos, dados estes da Incidência, a serem confrontados com os da Prevalência que revelaram um total de 1.845 dias, com média de 5,43 e desvio padrão de 42,35, oscilando entre nenhum e 688 dias perdidos (Gráfico 20).

NAMFJ: Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada
NAMAD: Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença
NAMAT: Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho
NAO: Número de Afastamentos Odontológicos

Gráfico 18 - Incidência do Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada (NAMFJ), Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença (NAMAD), Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho (NAMAT) e Número de Afastamentos Odontológicos (NAO)

NAMFJ: Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada
NAMAD: Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença
NAMAT: Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho
NAO: Número de Afastamentos Odontológicos

Gráfico 19 - Prevalência do Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada (NAMFJ), Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença (NAMAD), Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho (NAMAT) e Número de Afastamentos Odontológicos (NAO)

DPAMFJ: Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Falta Justificada
 DPAMAD: Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença
 DPAMAT: Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho
 DPAO: Dias Perdidos por Afastamentos Odontológicos
 Total DP: Total de Dias Perdidos

Gráfico 20 - Incidência e Prevalência dos Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Falta Justificada (DPAMFJ), Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença (DPAMAD), Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho (DPAMAT), Dias Perdidos por Afastamentos Odontológicos (DPAO) e Total de Dias Perdidos (Total DP)

5.19 AFECÇÕES DE ORIGEM MÉDICA MAIS FREQUENTES

As afecções de origem médica que predominaram entre todas as encontradas individualmente em cada sujeito da amostra puderam ser classificadas e descritas de acordo com sua origem, frequência e em seus percentuais de ocorrência, em predominantemente: física em 214 (70,4%) e 263 (77,4%) indivíduos, psíquicas em 11 (3,6%) e 13 (3,8%) sujeitos, não determinadas em 15 (5,0%) e 3 (0,9%) servidores e psicossomáticas em 0 (0%) e 2 (0,6%) funcionários, contra 64 (21,0%) e 59 sujeitos (17,4%) sem ocorrência de nenhuma das modalidades das afecções médicas descritas, respectivamente para os levantamentos prospectivo e retrospectivo (Tabela 111).

Tabela 111 - Prevalência e Incidência das Afecções de origem médica mais frequentes

Afecções Médicas Mais frequentes	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sem Afecção	59	17,4	64	21,0
Predominante psíquica	13	3,8	11	3,6
Predominante física	263	77,4	214	70,4
Predominante psicossomática	2	0,6	0	0
Indeterminada	3	0,9	15	5,0
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Aponta-se aqui o índice de 79,0% e 82,6% de ocorrências de afecções de origem médica, ou seja, das amostragens válidas (n= 304 e n=340), 240 e 281 indivíduos se afastaram do trabalho por algum tipo de comprometimento patológico de ordem médica nos levantamentos da Incidência e da Prevalência, respectivamente.

5.20 CID-10 - MÉDICO

No levantamento da Incidência, a categoria e as subcategorias da CID Z00-Z99, dos Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde, foram as mais frequentemente encontradas, afetando 106 indivíduos da

amostragem (34,9%), que apresentaram 248 registros destas CIDs (13,95%), apontando a CID-10 do evento mais incidente como sendo a Z76.3, Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente, codificada em 40 atestados (2,25%). Dados estes a serem confrontados com os do levantamento da Prevalência, onde a categoria e as subcategorias da CID J00-J99, das Doenças do Aparelho Respiratório, foram as mais frequentes, manifestando-se em 152 indivíduos da mostra (44,7%), nos quais 389 registros destas CIDs (11%) foram verificados, onde a CID-10 da doença mais prevalente foi atribuída a J11, influenza devida a vírus não identificado (gripe), encontrada em 71 atestações (2,02%). No entanto, seja no estudo prospectivo, seja no retrospectivo, isoladamente a CID-10 mais frequente, independentemente da categoria ou subcategoria, foi atribuída a A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, descrita em 74 (4,16%) e 78 (2,21%) atestações, nas pesquisas da Incidência e Prevalência, respectivamente.

5.21 AFECÇÕES DE ORIGEM ODONTOLÓGICA MAIS FREQUENTES

Por sua vez, as afecções de origem odontológica que predominaram entre todas as encontradas individualmente em cada sujeito da amostra também puderam ser classificadas e descritas de acordo com sua manifestação, frequência e em seus percentuais de ocorrência, como predominantemente: em tecidos duros em 35 (11,5%) e 57 (16,8%) indivíduos, seguida das não determinadas em 20 (6,5%) e 18 (5,3%) servidores, das em ambos os tecidos (duro e mole) em 8 (2,6%) e 8 (2,3%) sujeitos, das em tecidos moles em 2 (0,7%) e 6 (1,8%) funcionários, e finalmente 2 (0,7%) e 2 (0,6%) indivíduos com manifestação de patologia psicossomática, contra 237 (78,0%) e 249 (73,2%) sujeitos sem ocorrência de nenhuma das modalidades de afecções descritas, respectivamente para os levantamentos prospectivo e retrospectivo (Tabela 112).

Tabela 112 - Prevalência e Incidência de Afecções de origem odontológica mais frequentes

Afecções Odontológicas Mais frequentes	Prevalência		Incidência	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sem afecção	249	73,2	237	78,0
Afecção em tecidos moles	6	1,8	2	0,7
Afecção em tecidos duros	57	16,8	35	11,5
Ambos (duro/mole)	8	2,3	8	2,6
Psicossomática	2	0,6	2	0,7
Indeterminada	18	5,3	20	6,5
Total	340	100,0	304	100,0
Perdidos	3		39	
Total	343		343	

Aponta-se aqui o índice de 22,0% e 26,8% de ocorrências de afecções de origem odontológica, ou seja, das amostragens válidas (n= 304 e n=340), 67 e 91 indivíduos se afastaram do trabalho por algum tipo de comprometimento patológico de ordem odontológica nos levantamentos da Incidência e da Prevalência, respectivamente.

5.22 CID-10 - ODONTOLÓGICO

No levantamento da Incidência, a categoria e as subcategorias mais frequentemente encontradas foram as da CID-10 **K04, Doença da polpa e dos tecidos periapicais**, que se manifestaram em 35 servidores da amostra (11,51%), servidores estes que apresentaram 35 codificações destas CIDs (18,71%). A CID-10 mais incidente, no grupo e isoladamente, foi a **K04.1, Necrose da polpa**, presente em 12 atestados (6,42%). Anteriormente, no estudo da Prevalência, a categoria e as subcategorias mais frequentes também foram as da CID-10 **K04, Doença da polpa e dos tecidos periapicais**, encontradas em 38 funcionários da amostra (11,17%), funcionários estes cujas atestações registraram 38 codificações desta CID (11,28%). A CID-10 mais prevalente no grupo foi a mesma **K04, Doença da polpa e dos tecidos periapicais**, codificadas em 16 atestados (4,75%), não obstante, isoladamente a CID-10 mais frequentemente encontrada tenha sido a **K01.0, Dentes Inclusos**, descrita em 29 atestados (8,61%).

5.23 COMPARAÇÃO E CORRELAÇÃO ENTRE RESULTADOS DOS ESTUDOS PROSPECTIVO E RETROSPECTIVO

Avalia-se neste ponto o Risco Relativo de se desenvolver o Absenteísmo-doença inespecífico, o Absenteísmo Médico e o Absenteísmo Odontológico, para os estudos Retrospectivo e Prospectivo quando correlacionados.

O risco relativo (RR) de solicitação de afastamento segundo as modalidades descritas de Absenteísmo e ajustado em proporções foi maior no estudo da Prevalência para todas as condições verificadas. Os RRs variaram de uma razão de 1,21:1 para o Absenteísmo Odontológico, de 1,05:1 para o Absenteísmo Médico e de 1,03:1 para o Absenteísmo-doença inespecífico. Consequentemente a aplicação do Teste do Qui-quadrado (χ^2), nota-se ausência de significância estatística para as proporções de indivíduos faltantes de ambos os estudos, retrospectivo e prospectivo ($p>0,05$) (Tabela 113).

Tabela 113 - Risco Relativo para o Absenteísmo, segundo a Prevalência e a Incidência

Absenteísmo	Prevalência (P)	Incidência (I)	Total	Risco Relativo (RR) P/I	p	χ^2
Inespecífico	284	247	531	1,03 (0,96 <RR< 1,10)	0,512	0,43
Médico	281	240	521	1,05 (0,97 <RR< 1,13)	0,275	1,19
Odontológico	91	67	158	1,21 (0,92 <RR< 1,60)	0,194	1,69

Finalmente faz-se uma análise comparativa inferencial através da estatística analítica, por meio da Correlação de Spearman e do Teste de Wilcoxon, com o intuito de se confrontarem os principais resultados de ambos os estudos, Incidência e Prevalência, que possam apontar para um panorama que retrate qual o comportamento do estado de saúde do servidor avaliado diante das mudanças ocorridas no ambiente de trabalho entre um período e o outro do estudo em tela, como complemento a análise indutiva já realizada por meio da comparação dos resultados obtidos com a estatística descritiva.

É possível identificar que todas médias do levantamento prospectivo, e as medianas diferentes de zero, diminuíram quando comparadas ao levantamento retrospectivo. A média e a mediana da Quantidade Total de Afastamentos passaram de 11,97 e 7, para 6,20 e 4, do estudo retrospectivo para o prospectivo, respectivamente, e o mesmo pode ser visto quanto ao Período Total de Afastamentos em Dias, onde a média e a mediana de 107,53 e 17, caíram para

34,74 e 7, da mesma forma que a Frequência de Afastamento em Dias, da média e mediana de 484,25 e 214,83, baixou para 143,52 e 78,28 (Tabela 114).

Tabela 114 - Estatística descritiva da Prevalência e da Incidência para o Teste de Wilcoxon e a Correlação de Spearman

	Estudo	n	Média	DP	Mín.	Máx.	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Prevalência	QAFJ ¹	304	11,50	14,89	0	96	1,25	6	15
	QAAD ²	304	0,28	0,70	0	5	0	0	0
	QAAT ³	304	0,06	0,26	0	2	0	0	0
	QTA ⁴	304	11,97	15,50	0	100	2	7	15
	PTA/Dias ⁵	304	107,53	263,54	0	1936	3	17	74,75
	FA/Dias ⁶	304	484,25	765,03	0	4165	63,24	214,83	560,84
	NAOFJ ⁷	304	0,97	3,09	0	32	0	0	1
	DPAOFJ ⁸	304	1,20	3,67	0	32	0	0	1
	NAMFJ ⁹	304	10,53	13,75	0	78	1	5,5	13,75
	DPAMFJ ¹⁰	304	27,03	39,97	0	293	2	11,5	35,5
	NAMAD ¹¹	304	0,28	0,70	0	5	0	0	0
	DPAMAD ¹²	304	73,27	246,67	0	1874	0	0	0
	NAMAT ¹³	304	0,06	0,26	0	2	0	0	0
	DPAMAT ¹⁴	304	6,02	44,74	0	688	0	0	0
Incidência	QAFJ ¹	304	6,13	7,05	0	41	1	4	9
	QAAD ²	304	0,09	0,33	0	3	0	0	0
	QAAT ³	304	0,02	0,13	0	1	0	0	0
	QTA ⁴	304	6,20	7,11	0	41	1	4	9
	PTA/Dias ⁵	304	34,74	92,51	0	548	2	7	21,75
	FA/Dias ⁶	304	143,52	171,75	0	548	27,4	78,28	182,66
	NAOFJ ⁷	304	0,61	1,77	0	16	0	0	0
	DPAOFJ ⁸	304	0,92	3,23	0	41	0	0	0
	NAMFJ ⁹	304	5,53	6,58	0	41	1	3	8
	DPAMFJ ¹⁰	304	11,23	15,10	0	91	1	5	16
	NAMAD ¹¹	304	0,09	0,33	0	3	0	0	0
	DPAMAD ¹²	304	20,15	87,77	0	548	0	0	0
	NAMAT ¹³	304	0,02	0,13	0	1	0	0	0
	DPAMAT ¹⁴	304	2,43	24,06	0	355	0	0	0

¹Quantidade de Afastamentos por Falta Justificada

²Quantidade de Afastamentos por Auxílio-Doença

³Quantidade de Afastamentos por Acidente de Trabalho

⁴Quantidade Total de Afastamentos

⁵Período Total de Afastamentos em Dias

⁶Frequência de Afastamentos em Dias

⁷Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

⁸Dias Perdidos por Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

⁹Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

¹⁰Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Falta Justificada

¹¹Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

¹²Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

¹³Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

¹⁴Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

Nota-se claramente que, excetuando-se a comparação entre os resultados obtidos em ambos os levantamentos dos Dias Perdidos por Afastamento Odontológico por Falta Justificada no Teste de Wilcoxon ($p=0,083$), todas as outras

comparações apresentaram níveis de significância estatística, tanto para a Correlação de Spearman, como para o Teste de Wilcoxon (Tabela 115).

Tabela 115 - Correlação de Spearman e Teste de Wilcoxon comparando resultados da Prevalência e da Incidência

Comparação: Prevalência x Incidência	n	Spearman r	p	n	Wilcoxon Z	p
QAFJ1xQAFJ ¹	304	0,615	0,000*	304	-7,943	0,000*
QAAD2xQAAD ²	304	0,217	0,000*	304	-4,788	0,000*
QAAT3xQAAT ³	304	0,304	0,000*	304	-2,977	0,003*
QTA4xQTA ⁴	304	0,604	0,000*	304	-8,181	0,000*
PTA/Dias5x PTA/Dias ⁵	304	0,505	0,000*	304	-7,784	0,000*
FA/Dias6x FA/Dias ⁶	304	0,190	0,001*	304	-9,283	0,000*
NAOFJ7x NAOFJ ⁷	304	0,335	0,000*	304	-2,137	0,033*
DPAOFJ8x DPAOFJ ⁸	304	0,327	0,000*	304	-1,731	0,083
NAMFJ9x NAMFJ ⁹	304	0,598	0,000*	304	-7,981	0,000*
DPAMFJ10x DPAMFJ ¹⁰	304	0,502	0,000*	304	-8,443	0,000*
NAMAD11x NAMAD ¹¹	304	0,217	0,000*	304	-4,788	0,000*
DPAMAD12x DPAMAD ¹²	304	0,250	0,000*	304	-4,509	0,000*
NAMAT13x NAMAT ¹³	304	0,304	0,000*	304	-2,977	0,003*
DPAMAT14x DPAMAT ¹⁴	304	0,314	0,000*	304	-2,113	0,035*

¹Quantidade de Afastamentos por Falta Justificada

²Quantidade de Afastamentos por Auxílio-Doença

³Quantidade de Afastamentos por Acidente de Trabalho

⁴Quantidade Total de Afastamentos

⁵Período Total de Afastamentos em Dias

⁶Frequência de Afastamentos em Dias

⁷Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

⁸Dias Perdidos por Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

⁹Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

¹⁰Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Falta Justificada

¹¹Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

¹²Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

¹³Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

¹⁴Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

*Estatisticamente significante (p<0,05)

No entanto, é evidente que na média anual, praticamente todas as médias dos eventos do levantamento prospectivo, e as medianas diferentes de zero, aumentaram quando comparadas ao levantamento retrospectivo. A média e a mediana da Quantidade Total de Afastamentos passaram de 1,04 e 0,61, para 4,13 e 2,66, do estudo retrospectivo para o prospectivo, respectivamente, e o mesmo pode ser visto quanto ao Período Total de Afastamentos em Dias, onde a média e a mediana de 9,41 e 1,48, ascenderam para 23,16 e 4,66 (Tabela 116).

Tabela 116 - Estatística descritiva das médias anuais da Prevalência e da Incidência para o Teste de Wilcoxon e a Correlação de Spearman

	Estudo	n	Média	DP	Mín.	Máx.	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Prevalência	QAFJ ¹	304	1,00	1,30	0	8	0,10	0,52	1,31
	QAAD ²	304	0,02	0,06	0	0	0,00	0,00	0,00
	QAAT ³	304	0,01	0,02	0	0	0,00	0,00	0,00
	QTA ⁴	304	1,04	1,35	0	9	0,17	0,61	1,31
	PTA/Dias ⁵	304	9,41	23,07	0	170	0,26	1,48	6,54
	NAOFJ ⁶	304	0,08	0,27	0	3	0,00	0,00	0,08
	DPAOFJ ⁷	304	0,10	0,32	0	3	0,00	0,00	0,08
	NAMFJ ⁸	304	0,92	1,20	0	7	0,08	0,48	1,20
	DPAMFJ ⁹	304	2,36	3,50	0	26	0,17	1,01	3,11
	NAMAD ¹⁰	304	0,02	0,06	0	0	0,00	0,00	0,00
	DPAMAD ¹¹	304	6,42	21,59	0	164	0,00	0,00	0,00
	NAMAT ¹²	304	0,01	0,02	0	0	0,00	0,00	0,00
	DPAMAT ¹³	304	0,53	3,91	0	60	0,00	0,00	0,00
Incidência	QAFJ ¹	304	4,08	4,70	0	27,33	0,66	2,66	6,00
	QAAD ²	304	0,07	0,21	0	2	0,00	0,00	0,00
	QAAT ³	304	0,01	0,08	0	1	0,00	0,00	0,00
	QTA ⁴	304	4,13	4,74	0	27,33	0,66	2,66	6,00
	PTA/Dias ⁵	304	23,16	61,67	0	365,33	1,33	4,66	14,49
	NAOFJ ⁶	304	0,41	1,18	0	11	0,00	0,00	0,00
	DPAOFJ ⁷	304	0,61	2,15	0	27	0,00	0,00	0,00
	NAMFJ ⁸	304	3,68	4,38	0	27,33	0,66	2,00	5,33
	DPAMFJ ⁹	304	7,48	10,06	0	60,66	0,66	3,33	10,66
	NAMAD ¹⁰	304	0,07	0,21	0	2	0,00	0,00	0,00
	DPAMAD ¹¹	304	13,44	58,51	0	365,33	0,00	0,00	0,00
	NAMAT ¹²	304	0,01	0,08	0	1	0,00	0,00	0,00
	DPAMAT ¹³	304	1,62	16,04	0	237	0,00	0,00	0,00

¹Quantidade de Afastamentos por Falta Justificada²Quantidade de Afastamentos por Auxílio-Doença³Quantidade de Afastamentos por Acidente de Trabalho⁴Quantidade Total de Afastamentos⁵Período Total de Afastamentos em Dias⁶Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada⁷Dias Perdidos por Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada⁸Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada⁹Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Falta Justificada¹⁰Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença¹¹Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença¹²Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho¹³Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

Na mesma linha de raciocínio, verifica-se que todas as comparações das médias anuais dos eventos apresentaram os mesmos níveis de significância estatística para a Correlação de Spearman. Por sua vez, para as comparações entre as médias anuais também demonstraram níveis de significância para o Teste de Wilcoxon para a maioria dos eventos confrontados, exceto para as Quantidades Afastamentos e Números de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença e Acidente

de Trabalho ($p=0,162$ e $0,678$), e para os Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença e Acidente de Trabalho ($p=0,617$ e $0,629$) (Tabela 117).

Tabela 117 - Correlação de Spearman e Teste de Wilcoxon comparando resultados das médias anuais da Prevalência e da Incidência

Comparação: Prevalência x Incidência	n	Spearman r	p	n	Wilcoxon Z	p
QAFJ1xQAFJ ¹	304	0,615	0,000*	304	-12,58	0,000*
QAAD2xQAAD ²	304	0,217	0,000*	304	-1,39	0,162
QAAT3xQAAT ³	304	0,304	0,000*	304	-0,41	0,678
QTA4xQTA ⁴	304	0,604	0,000*	304	-12,52	0,000*
PTA/Dias5x PTA/Dias ⁵	304	0,505	0,000*	304	-7,20	0,000*
NAOFJ6x NAOFJ ⁶	304	0,335	0,000*	304	-5,54	0,000*
DPAOFJ7x DPAOFJ ⁷	304	0,327	0,000*	304	-5,33	0,000*
NAMFJ8x NAMFJ ⁸	304	0,598	0,000*	304	-12,20	0,000*
DPAMFJ9x DPAMFJ ⁹	304	0,501	0,000*	304	-10,21	0,000*
NAMAD10x NAMAD ¹⁰	304	0,217	0,000*	304	-1,39	0,162
DPAMAD11x DPAMAD ¹¹	304	0,250	0,000*	304	-0,50	0,617
NAMAT12x NAMAT ¹²	304	0,304	0,000*	304	-0,41	0,678
DPAMAT13x DPAMAT ¹³	304	0,314	0,000*	304	-0,48	0,629

¹Quantidade de Afastamentos por Falta Justificada

²Quantidade de Afastamentos por Auxílio-Doença

³Quantidade de Afastamentos por Acidente de Trabalho

⁴Quantidade Total de Afastamentos

⁵Período Total de Afastamentos em Dias

⁶Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

⁷Dias Perdidos por Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada

⁸Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

⁹Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Falta Justificada

¹⁰Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

¹¹Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

¹²Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

¹³Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

* Estatisticamente significativa ($p<0,05$)

6 DISCUSSÃO

---

6 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou as características e o perfil do Absenteísmo na Administração Pública, o envolvimento e a atestação médica e odontológica, relacionadas ao afastamento do servidor do seu trabalho e, a relação entre patologias de origem médica e odontológica, e o Absenteísmo, sob uma óptica da Incidência, além de confrontá-la com os Resultados aferidos no estudo retrospectivo da Prevalência, buscando subsídios para uma avaliação criteriosa do impacto da modalidade do controle de frequência ao trabalho por meio da biometria digital sobre a Saúde do servidor.

6.1 FAIXA ETÁRIA

No presente estudo as faixas etárias foram divididas em 5 grupos, 18 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e acima de 60 anos, com o maior percentual de indivíduos, 98 (28,82%) e 90 (29,61%), distribuídos na mesma faixa compreendida entre 40 a 49 anos, respectivamente, tanto no levantamento da Prevalência, como da Incidência, cuja idade média da amostra foi de $42,07 \pm 11,11$ anos, variando de 18 a 73 anos.

A Faixa etária foi idêntica a encontrada por Andrade et al. (2008), com 32,0%, e semelhante a de Oenning et al. (2012), em estudo no qual os 782 trabalhadores acompanhados tinham, no início da coorte, uma faixa de 41 a 50 anos de idade, com média de idade de 43,9 com desvio padrão (DP) de 8,5 anos. Metodologia e resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa, também com o funcionalismo público, onde se dividiu a amostragem em faixas etárias: 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 a 69 anos, deparando-se com média de idade de 42,5 anos para ambos os gêneros (MAZILLI, 2004). Da mesma forma, Diacov e Lima (1988) e Lima (2001), dividiram sua amostragem em faixas etárias preestabelecidas de: 10 a 20, 20 a 30, 30 a 40, 40 a 50 e acima de 50 anos. Por outro lado, Lacerda et al. (2011) em seu trabalho encontrou como idade média da sua amostragem 34 anos, sem porém citar desvio padrão, mínimos e máximos da faixa etária amostral. Também, encontraram na Pesquisa Nacional de Saúde, *National Health Interview*

Survey Center for Disease Control, em 1989 (NHIS - CDC USA 1989), dados levantados em faixas etárias que variaram de forma preestabelecida de 18 a 24, 25 a 44, 45 a 64, e acima de 65 anos (GIFT et al., 1992), que diferiu apenas no limite inferior de 18 para 15 anos no estudo de Reisine (1985), faixas bastantes parecidas com: 18 a 25, 26 a 30, 31 a 35, 36 a 40, 41 a 45, 46 a 50 e 51 a 55 (CARVALHO et al., 2007; BALASTEGHIN et al., 2014). Fato comum foi o não apontamento para uma idade mínima ou máxima, tampouco a média e desvio padrão de idade da mostra.

A maior prevalência da Quantidade Total de Afastamentos foi encontrada na faixa etária dos 40 aos 49 anos, com média de 13,28 e desvio padrão de 15,82, no levantamento retrospectivo, e a maior incidência no levantamento prospectivo se deu no grupo dos 30 a 39 anos, com média de 6,91 e desvio padrão de 8,21, sendo, portanto, as faixas etárias que mais solicitaram afastamentos por motivos de saúde, responsáveis por 33,7% e 31,3% da soma de todos os afastamentos da Prevalência e da Incidência, respectivamente. Esta alternância da Prevalência para Incidência quanto a faixa etária, pode ser entendida pela proximidade de valores do número de sujeitos das amostras e das médias encontradas em ambas as faixas. Na análise inferencial, o quesito Quantidade Total de Afastamentos apresentou uma correlação positiva com a faixa etária na Prevalência, porém na Incidência não houve correlação com significância.

A faixa etária de 41 a 50 anos de idade foi a que prevaleceu com 44,7% no estudo de Cunha em 2007 quanto a maior quantidade de afastamento relacionados à licenças para tratamento de saúde. Parcialmente congruente com levantamento da Prevalência, e incongruente com o resultado da Incidência, com a maior prevalência na faixa de 41 a 46 anos, apontou-se 10.628 afastamentos (MARGHRRAF; SILVA, 2010), e semelhante a faixa etária dos 40 a 49 anos foi a mais afetada pelo absenteísmo com 3.405 afastamentos e média 2,84, com índice de 52,83% (SILVA et al., 2008). Não obstante, Leão et al. (2011), terem encontrado a faixa dos 31 a 50 anos como a prevalente na sua amostragem para estudo do absenteísmo, porém não citam valores relativos ou absolutos para tal; e em outro estudo, quanto à faixa etária, os achados apontam que o maior acometimento incide sobre a faixa de 35 a 39 anos, correspondendo a 22,8% dos atestados (DIMARZIO, 2011); corroborando o que Macedo e Queluz, em 2010, apontam em sua pesquisa a idade média de 31,4 anos para o afastamento por razões médicas e odontológicas; também parcialmente

concordante com estudo que do total de afastamentos, observa-se uma faixa etária de 25 a 68 anos, porém com uma concentração de 55,7% dos sujeitos na idade entre 42 e 53 anos, sendo a idade de 48 anos pelas medidas de tendência central, média e mediana, o valor representativo, com desvio padrão de 7,2, e com faixa de maior prevalência entre 46 a 50 anos, com 33,4% (PINHEIRO, 2012), e em estudo realizado na Universidade de Ciências Médicas de Mazandaran, Irã, a média de idade dos funcionários que se afastaram foi de 39 ± 7 anos (SARAVI et al., 2013), parcialmente e em parte congruentes com os resultados encontrados na Prevalência e Incidência. Já para Andrade et al. (2008), a faixa etária que mais apresentou atestados foi a de 30 a 39 anos, com 99 indivíduos, 32,9% da amostra, corroborando o resultado da Incidência. No entanto, sem eco nos presentes resultados da Prevalência e da Incidência, um estudo em uma indústria frigorífica do estado do Paraná apontou a faixa etária dos 21 a 25 anos como a que mais se ausentou, seja para o gênero masculino ou feminino, com índices de 42,35% e 30,70%, respectivamente (HITO, 2007); da mesma forma que para Hey et al. (2013), a faixa etária dos 18 a 29 anos foi a mais prevalente na solicitação de afastamentos por razão médica, com percentual de 58,29%. Esta mesma tendência de faixa etária mais precoce caracterizou a predominância de afastamentos de funcionários de uma empresa de *telemarketing*, com 48,5% de prevalência entre 18 e 25 anos (BALASTEGHIN et al., 2014). Já em estudo concluído em trabalhadores de enfermagem de serviço de hemodiálise verificou que a faixa etária com a maior concentração de afastamentos, responsável por 61,7%, estava abaixo dos 41 anos (DISSEN et al., 2014). Portanto, faixas etárias diversas e índices heterogêneos, em que pese as diferentes funções laborais avaliadas em cada uma das pesquisas revisadas, dificultam inferências e comparações com os resultados aferidos no presente estudo, que mesmo nos seus levantamentos distintos, retrospectivo e prospectivo, apontaram percentuais próximos, porém em faixas etárias diferentes.

O Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada apresentou a maior média na faixa etária acima de 60 anos, com 2,62 e desvio padrão de 6,35, porém foi mais prevalente na faixa dos 40 a 49 anos com média de 1,40 e desvio padrão de 4,30, no levantamento retrospectivo, e mais incidente também na faixa dos 40 a 49 anos com média de 0,90 e desvio padrão de 2,26, no período prospectivo, sendo, portanto, a faixa etária dos 40 a 49 anos a que mais solicitou afastamentos odontológicos, responsáveis por 40,9% e 43,5% desta modalidade de

afastamentos da Prevalência e da Incidência, respectivamente. Certamente tais resultados têm uma relação direta entre a maior concentração de indivíduos nas amostras nesta faixa etária e as médias mais elevadas, o que também explica porque, mesmo tendo sido encontrada a maior média na faixa etária acima de 60 anos, não foi esta a de maior prevalência, pois é a de menor concentração de indivíduos da amostra dos levantamentos. Para a análise inferencial o quesito Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada não apresentou nenhuma correlação com significância com a faixa etária, em nenhum dos estudos, retrospectivo e prospectivo.

Em 1984, Reisine encontrou 58,1% de afastamentos por causa odontológica em faixas etárias abaixo dos 40 anos. Seguindo esta tendência, o absenteísmo odontológico foi estudado na Prefeitura Municipal de São José dos Campos, por meio de 701 atestados odontológicos emitidos nos anos de 1981, 1982, 1983 e 1984, onde a faixa etária com a maior prevalência de ocorrências foi a dos 20 aos 30 anos, e apontou uma correlação inversa entre faixa etária e número de afastamentos odontológicos, ou seja, à medida que aumentou a faixa etária, diminuiu o absenteísmo odontológico (DIACOV; LIMA, 1988), o que no presente estudo não foi observado em ambos os levantamentos, retrospectivo e prospectivo, pois neste quesito comparativo não houve significância no coeficiente de correlação ($p > 0,05$). Noutro trabalho, dividiu-se a população estudada em faixas etárias de 10 anos, sendo que no serviço público a faixa que mais faltou foi de 30 a 39 anos, com 432 atestados (33,0%), e no serviço privado, foi a de 20 a 29 anos, com 197 atestados (59,5%) (MARTINS et al., 2005). Ainda, Carvalho et al. (2007) encontraram o absenteísmo odontológico em faixa etária similar de 18 a 25 anos com a maior prevalência de ocorrência, 41,8%. Dados estes que apontam para faixas etárias abaixo dos 40 anos, contrários aos do presente estudo. Parcialmente concordantes com o presente estudo, corroboram Gift et al., em 1992, que após observarem o NHIS-1989, descreveram que trabalhadores com idade de 17 a 24, 25 a 44, e 45 a 65 perderam mais horas de trabalho por visitas ao cirurgião-dentista ou problemas odontológicos que aqueles com idade superior a 65 anos, e recentemente, Cruz et al. (2013) que encontraram nas faixas dos 41 a 50, e dos 51 a 60 anos seus maiores percentuais de afastamentos de origem odontológica registrados, com 31,15 e 37,7%, respectivamente, além de evidenciarem que acima dos 60 anos tal índice reduziu significativamente para o patamar de 9,84%. No entanto, Mazzilli (2004), de

forma praticamente coincidente, corrobora os índices e faixa etária do presente estudo, com a maior frequência observada da faixa etária de 40 a 49 anos e 40,29%.

6.2 GÊNERO

Nas suas amostragens, Mazilli em 2004, Andrade et al. (2008), Lacerda et al. em 2011, Quiñonez et al. (2011) e Pinheiro (2012) encontraram uma prevalência do gênero feminino com um índice percentual de 70,47%, 65,3%, 80,52%, 51,7% e 86,9%, respectivamente. Tais achados corroboram os do presente estudo que encontrou uma distribuição pelo gênero do funcionalismo também acima dos 50%, com uma predominância de 75,2% na amostra inicial, 75,3% na mostra da Prevalência e 77,96% na da Incidência, atribuídos ao gênero feminino.

Em condição oposta, Reisine (1984), Diacov e Lima (1988) e Lima (2001) encontraram uma predominância do gênero masculino de 58,7%, 58,39% e 57,67%, respectivamente, endossados por Carvalho et al., em 2007, que apontaram 96,2% também para o gênero masculino, por Macedo e Queluz (2010) com uma amostra na qual 84,6% também eram homens e por Oenning et al. (2012) com população estudada predominantemente do gênero masculino (75,7%).

Já, noutra pesquisa, uma empresa pública apresentava 3.490 funcionários, sendo 2.034 (58,3%) do gênero feminino e 1456 (41,7%) do gênero masculino, e a outra empresa privada contava com o total de 656 empregados, sendo 97 (14,8%) do gênero feminino e 559 (85,2%) do gênero masculino. Nesta mesma pesquisa houve diferença na frequência do gênero para os dois grupos estudados, sendo mais prevalente na empresa pública o gênero feminino, e na empresa privada, o masculino (MARTINS et al., 2005). Converge aqui, como no estudo em tela, com o gênero feminino predominando no serviço público, muito embora pareça não ser este o fator determinante para esta predominância, como se pode confirmar pelos estudos de Diacov e Lima (1988) e Lima (2001) que no setor público encontraram predominância do gênero masculino para o funcionalismo.

O gênero feminino foi o que mais solicitou afastamentos por motivos de saúde, apresentando a maior Quantidade Total de Afastamentos, 93,3%, com média de 14,17 e desvio padrão de 16,48, em detrimento do gênero masculino, responsáveis por 6,7%, com média de 3,20 e desvio padrão de 3,62, no

levantamento retrospectivo. Também no estudo prospectivo o gênero feminino foi o que mais solicitou afastamentos por motivos de saúde, apresentando a maior Quantidade Total de Afastamentos, 91,7%, com média de 7,31 e desvio padrão de 7,53, em detrimento do gênero masculino, responsáveis por 8,3%, com média de 2,30 e desvio padrão de 3,12. Nota-se que o gênero feminino apresentou um maior índice de afastamentos em ambos os levantamentos, não só pela sua maior porcentagem nas amostras, mas também por apresentar médias visivelmente superiores. No entanto, inferencialmente, houve diferença significativa estatisticamente entre os gêneros para este quesito somente no levantamento prospectivo.

Com a mesma tendência, no presente estudo, o Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada também prevaleceu no gênero feminino, 92,0%, com média de 1,21 e desvio padrão de 3,48, em detrimento do gênero masculino, responsáveis por 8,0%, com média de 0,32 e desvio padrão de 0,93, no levantamento retrospectivo. Do mesmo modo, no estudo prospectivo o gênero feminino foi o que mais solicitou afastamentos por motivos odontológicos, apresentando o maior Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada, 89,2%, com média de 0,70 e desvio padrão de 1,96, em detrimento do gênero masculino, responsáveis por 10,8%, com média de 0,28 e desvio padrão de 0,78. Nota-se que o gênero feminino também apresentou um maior índice de afastamentos odontológicos em ambos os levantamentos, da mesma forma, não só pela sua maior porcentagem nas amostras, mas também por apresentar médias visivelmente superiores. Assim, também em ambos os levantamentos, retrospectivo e prospectivo, não houve significância estatística entre os gêneros inferencialmente atribuída aos afastamentos de cunho odontológico.

Tais dados são corroborados, seja para afastamentos por motivo médico, ou odontológico, por: Andrade et al. (2008), porém não quantificaram em números absolutos ou médias, apontando somente o percentual de prevalência de afastamentos atestados do gênero feminino em 78,2%; por Cunha (2007) com 56,87% e Silva et al. (2008), da mesma forma, com as mulheres responsáveis por 75,9% dos afastamentos atestados; sequencialmente por Estevan (2009) com 71,07% atribuído ao sexo feminino; também por Coelho et al. (2010) com 53,0%; por Ferreira et al. (2011) com 72,78%; por Dimarzio (2011), com média de 93,9%, também apontada para o gênero feminino; e Pinheiro (2012) com 86,9% para o sexo

feminino. Leão et al. (2011), também encontraram o gênero feminino como a prevalente na sua amostragem para estudo do absenteísmo, porém não citam valores relativos ou absolutos para tal. Com percentuais menores, também houve uma predominância do sexo feminino tanto na empresa pública (40,2%), quanto na empresa privada (55,7%), no estudo de Martins et al. (2005), concordando com os achados do presente estudo. Como medida de tendência central, o perfil dos servidores que solicitaram afastamentos constituiu-se predominantemente por mulheres (86,24%), média etária de 42,2 anos, mínima de 20 e máxima de 69 anos, com desvio padrão de 9,2 (MAZILLI, 2004). Para Cruz et al., em 2013, o gênero feminino também prevaleceu com índice de 77%. Em estudo realizado com funcionários de uma Universidade de Ciências Médicas do Irã, o gênero feminino contabilizou 59,2% das ausências por motivos médicos (SARAVI et al., 2013). Já, analisando trabalhadores de enfermagem de serviço de hemodiálise, verificou-se que o gênero com a maior concentração de afastamentos, responsável por 89,4%, também foi o feminino (DISSEN et al., 2014). Gênero e percentuais estes próximos aos 87,9% encontrados em operadores de *telemarketing* (BALASTEGHIN et al., 2014).

Em sentido oposto, o absenteísmo odontológico, estudado na Prefeitura Municipal de São José dos Campos, por meio de 701 atestados odontológicos emitidos nos anos de 1981, 1982, 1983 e 1984, encontrou no gênero masculino a maior prevalência de ocorrências, com percentuais de 58,39%, 56,56%, 69,51% e 62,20%, em cada um dos anos retro citados, respectivamente (DIACOV; LIMA, 1988). E mais, de uma forma comparativa entre duas amostras distintas, o absenteísmo odontológico foi estudado, tanto na Prefeitura Municipal de São José dos Campos, por meio de 701 atestados odontológicos, como em amostragem obtida do INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social – Regional de São José dos Campos, através de 1.073 atestações odontológicas, num total de 1.774 afastamentos, nos quais a prevalência do gênero masculino relacionada a estes afastamentos odontológicos, também foi demonstrada, em ambas as amostras, com percentuais respectivos de 59,48% e 56,47% (LIMA, 2001). Seguindo esta mesma tendência, Carvalho et al. (2007) também encontraram nível alto de absenteísmo odontológico no gênero masculino, com 96,2%. Seja para o absenteísmo médico ou odontológico, estudo no setor da Indústria frigorífica do Paraná, apontou o gênero masculino também como o mais prevalente na apresentação de atestados com

índice de 73,02% (HITO, 2007). Corroborando este aspecto, noutro estudo, desta feita na indústria de móveis, as atestações médicas e odontológicas também prevaleceram no gênero masculino com 79,6% (MACEDO; QUELUZ, 2010). Nesta mesma vertente, dos 378 atestados médicos apresentados por funcionários de uma indústria de peças e componentes automotivos de Curitiba- Paraná, 258 (68,25%) foram atribuídos ao gênero masculino (HEY et al., 2013).

A argumentação mais encontrada para justificar os maiores índices de absenteísmo para o gênero feminino, se ampara no fato de que a mulher, por tradição, acumula uma dupla jornada de trabalho, a do seu emprego propriamente dito, e posteriormente, a do lar, muito embora não seja unanimidade tal pensamento, visto que em tempos hodiernos, tal responsabilidade com a família tem sido compartilhada com o cônjuge, para se não dizer, quando da inversão destes papéis na instituição familiar moderna. E mais, defende-se também que, quando o absenteísmo prevalece no gênero masculino, tal fato se dê quando o perfil da empresa e a sua modalidade de serviços prestados ou de bens comercializados, determinam o gênero masculino como o mais frequente no seu quadro funcional, afirmando-se que alguns setores são mais propícios e tradicionalmente mais voltados para o labor masculino, quando comparado ao feminino, o que também não é unanimidade, uma vez que a inversão atual de papéis entre homens e mulheres, não se dê exclusivamente no contexto familiar, mas na sociedade de maneira geral, e por que não dizer no mercado trabalhista, onde a mulher cada vez mais ocupa espaços outrora somente ocupados por homens. Portanto, análises e inferências quanto a este quesito “gênero”, parecem ser temerárias diante do atual contexto social e suas constantes mudanças, podendo criar falsos paradigmas, se interpretadas de maneira errônea.

6.3 CARGO

No presente estudo, os cargos determinantes da função ocupacional na qual o servidor foi registrado na contratação para o exercício profissional no serviço público, foram agrupados em 51 categorias distribuídas percentualmente, apresentando com os maiores índices de 14,6% e 16,5% a categoria profissional de Professores, 11,4% e 12,2% para Monitores, para Merendeiras 6,7% e 7,6%, e

Serventes obtendo 6,1% e 6,9%, para os levantamentos retrospectivo e prospectivo, respectivamente, estando o restante da amostragem pontuada com índices percentuais abaixo de 6%, com um mínimo de 0,3%.

De maneira similar, para a caracterização amostral quanto aos cargos do funcionalismo público na sua dissertação, Mazilli (2004) lançou mão dos dados do Censo Municipal realizado em São Paulo em 2001, apontando assim de maneira indireta a classificação, concentração, distribuição e percentuais atribuídos a este quesito, onde a categoria Professores também teve uma maior prevalência com média de 41,5%. Por sua vez, Diacov e Lima (1988) e Lima (2001), que também trabalharam com funcionalismo público não fizeram distinção de cargos funcionais específicos, estabelecendo tão somente a distinção entre função burocrática e não burocrática, impossibilitando comparações, e atribuindo à função burocrática o maior índice de afastamentos odontológicos.

No levantamento retrospectivo o cargo com a maior média da Quantidade Total de Afastamentos foi o de Auxiliar Social de Creche com 45 eventos, 1,2%, no entanto, o cargo que mais solicitou afastamentos por motivos de saúde, foi o de Professor, com média de 20 e um percentual de 25,9% do total de afastamentos registrados. Para o levantamento prospectivo, o cargo com a maior média da Quantidade Total de Afastamentos foi o de Telefonista com 25 eventos, 1,3%, porém, o cargo que mais solicitou afastamentos por motivos de saúde, também foi o de Professor, com média de 6,7 e um percentual de 17,6% do total de afastamentos documentados.

O mesmo foi atribuído para o Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada, onde o cargo com a maior média foi o de Escriturário com 25,5, 15,1%, embora o cargo que mais solicitou afastamentos por motivos odontológicos tenha sido o de Professor, com média de 1,46 e um índice de 21,7% do total de afastamentos odontológicos, no período retrospectivo. Já, para o período prospectivo, o cargo com a maior média do Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada também foi o de Escriturário com 13,0, 14,0%, no entanto, o cargo que mais solicitou afastamentos por razões odontológicas também foi o de Professor, com média de 1,06 e um percentual de 28,5% da soma de todos os afastamentos odontológicos registrados.

Neste mesmo raciocínio, para o Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença a maior média foi encontrada nos cargos de Auxiliar Social de

Creche com 1,0 (1,0%), Enfermeiro com 1,0 (3,1%) e Tratorista com 1,0 (1,0%), no entanto, o cargo que mais solicitou o benefício do auxílio-doença foi o de Professor, com média de 0,42 e índice de 21,7% do total destes eventos no período da Prevalência. No levantamento da Incidência, o cargo com a maior média para o Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença foi o de Instrutor de Informática com média de 1,0 (3,3%), porém os cargos que mais se afastaram por auxílio-doença foram o de Servente, com média de 0,33 e percentual de 23,3%, e o de Professor, com média de 0,12 e índice de 20,0% do total destes benefícios concedidos neste período.

Nota-se que, para estas modalidades de afastamentos analisadas, os cargos com maiores médias aferidas não foram necessariamente os que tiveram maior comprometimento do estado de saúde geral ou odontológica, visto que preponderaram em índices relativos aqueles cargos com maior número de sujeitos de pesquisa, obviamente também influenciados por médias significativas. Assim, nestas 3 modalidades verificadas houve uma marcante predominância do cargo de Professor como sendo o mais afetado, em ambos os períodos avaliados. Tais resultados suscitam diversos questionamentos. *Estaria o cargo de Professor sobrecarregado em suas funções, obrigações e responsabilidades? Seria a profissão de Professor insalubre? O nível educacional e de discernimento desta profissão determinaria um maior cuidado e preocupação com a sua saúde? Ou haveria alguma forma de insatisfação ou descontentamento da classe que se manifestaria de maneira negativa na saúde geral destes indivíduos?* Talvez estas perguntas jamais sejam objetivamente respondidas, mas uma análise social, econômica, cultural e de formação profissional mais aprofundada e contextualizada deste cargo devesse ser elaborada, para o melhor entendimento deste fenômeno aparentemente generalizado.

Do mesmo modo, tal categoria profissional investida no cargo de educadores ou professores parece predominar com suas ausências ao trabalho em amostras com diversas modalidades de profissões e cargos avaliados em pesquisas do absenteísmo. Assim, na análise dos afastamentos segundo a ocupação ou cargos, foram encontrados, em razão da frequência, os seguintes grupos ocupacionais: a) professores (n=979; 60,1%); b) auxiliares de desenvolvimento infantil (n=110; 6,8%); c) agentes escolares (n=91; 5,6%); d) agentes administrativos (n=80; 4,9%); e) auxiliares de enfermagem (n=54; 3,2%) (MAZILLI, 2004). Também concordantes, o

cargo com maior frequência de absenteísmo foi atribuído aos profissionais do magistério (27,1%), seguidos pelos auxiliares de enfermagem (12,7%) e educadores (11,3%) (MARGRHRF; SILVA, 2010). Em estudo recente, o perfil do absenteísmo foi estabelecido com base na análise do funcionalismo da Prefeitura de Guarulhos, São Paulo, onde de forma decrescente as ausências mais registradas foram dos técnicos em enfermagem (34,78% de atestados odontológicos e 65,22% de atestados médicos), professores (23,31% de atestados odontológicos e 76,69% de atestados médicos) e guardas civis municipais (14,90% de atestados odontológicos e 85,10% de atestados médicos) (BOMFIM et al., 2013). No entanto, Martins et al. (2005) não encontraram no serviço público da Prefeitura Municipal de Araçatuba o cargo de professor como sendo o mais afetado por faltas, e sim, o maior número de faltas foi verificado na função de auxiliar de serviços gerais.

O grupo amostral de um universo de profissionais e cargos, relacionados ao perfil da empresa estudada, parece não ser o fator determinante, mas tende a apontar as possibilidades para a prevalência do absenteísmo por categoria profissional ou de cargos, obviamente para aqueles existentes neste universo analisado. Desta forma, para Cunha, em 2007, o cargo de auxiliar foi responsável por uma taxa de 34,7% dos afastamentos, porém não atribui qual o setor de lotação, se saúde ou administração, setores peculiares à pesquisa, tampouco se refere à dados absolutos. Com outro grupo amostral específico, onde os profissionais considerados foram: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, agentes administrativos, auxiliares de serviços, auxiliares de saúde bucal, dentistas e agentes comunitários de saúde (ACS), os cargos mais afetados por afastamentos, em 2 anos distintos de levantamento, foram o de dentista com índice de absenteísmo em 1,5% e o de enfermeiro, com 3,73% (DIMARZIO, 2011). Seguindo também outra composição de amostragem quanto aos cargos, o quadro de pessoal do Pronto-Socorro de Adultos compôs-se, em média, por 96,8 colaboradores de enfermagem, distribuídos em: 17,7% enfermeiros e 82,3% técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, porém sem atribuir qual a maior prevalência de afastamentos, para um ou para outro (FAKIH et al., 2012).

6.4 TEMPO DE SERVIÇO

No presente estudo, o tempo de serviço do servidor da mostra inicial, ou seja, o período do exercício profissional a partir da sua admissão, oscilou numa faixa temporal de 2 a 484 meses, com média de $118,17 \pm 100,91$ meses, convertido em anos, de 0,17 a 40,33 anos, com média de $9,84 \pm 8,41$ anos. Nota-se um achado peculiar, onde servidores que atingiram tempo de serviço mínimo necessário para a aposentadoria (> 35 anos), não a solicitaram, seguindo na sua rotina de labor. Tal fato possivelmente tenha origem nas perdas salariais muitas vezes impostas pelo cálculo da aposentadoria e o fator previdenciário, que desestimulam o servidor a se aposentar, mesmo com tempo de serviço para tal. Outra situação possível é a de servidores que, mesmo aposentados, continuam trabalhando, normalmente em cargos comissionados ou de confiança, e recebendo pró-labore, além da aposentaria, assim, continuam desta forma figurando no quadro funcional ativo do município.

Para Oenning et al., em 2012, os 782 trabalhadores acompanhados tinham, no início da coorte, a média de tempo de emprego na empresa de $14,9 \pm 9,8$ anos. Já, Andrade et al. (2008) classificaram sua mostra em faixas quinquenais de tempo de serviço, iniciando com funcionários com até 5 anos de tempo de trabalho, até 26 anos ou mais, apontando um índice de 40,25% dos profissionais com até 5 anos de função laborativa, porém não determinou mínimo e máximo, nem média ou desvio padrão deste tempo de exercício profissional. Leão et al. (2011), encontraram nos funcionários com até 10 anos de serviço público como a faixa temporal de exercício profissional mais prevalente na sua amostragem para estudo do absenteísmo, porém não citam valores relativos ou absolutos.

Assim, para o levantamento retrospectivo, a estatística indutiva para o Tempo de Serviço do Servidor apontou significância quando correlacionado com: a Quantidade de Afastamento Médico por Auxílio – Doença, a Quantidade Total de Afastamentos, a Frequência de Afastamentos em Dias, o Número de Afastamentos Odontológicos e o Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada, somente não havendo correlação significativa com o Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho. No entanto, para o estudo prospectivo nenhum destes quesitos correlacionados com o tempo de serviço do servidor demonstrou níveis de significância estatística. Não obstante, o estudo em tela diverja entre si na maioria

destes seus resultados da Prevalência e da Incidência, no primeiro houve uma correlação negativa com significância, indicando que quanto menor o tempo de serviço, maior a Quantidade Total de Afastamentos por motivos de tratamento de saúde geral, apesar de que no segundo tal inferência não possa ser realizada. Este primeiro achado é concordante com os de Andrade et al., em 2008, que no tocante ao tempo de serviço e ao número de dias afastados, verificaram a existência de correlação significativa, também inversa, sendo que a maior média foi verificada para aqueles com até 5 anos de vínculo, a menor faixa de tempo de serviço então atribuída na pesquisa. Tal tendência é confirmada noutra pesquisa que, ao analisar o fator de tempo de serviço, o maior número de atestados foi entre os trabalhadores de um a três anos, sendo 44 dos 149 afastamentos, ou seja, 29,5%, somando-se os 2 anos do levantamento, e este dado é seguido pelo período de quatro a seis anos de serviço e consecutivamente pelo de sete a nove anos (DIMARZIO, 2011). Resultados similares foram analisados, onde 70,9% dos afastamentos de origem médica atingiram os servidores com menos de 5 anos de trabalho na instituição (HEY et al., 2013). Ainda, operadores de *telemarketing* com menos de um ano de empresa foram responsáveis por 50% do absenteísmo quantificado (BALASTEGHIN et al., 2014). Isto aponta para uma possível correlação negativa, não calculada, quanto ao tempo de serviço e o números de afastamentos, corroborando esta inferência do presente estudo da Prevalência, que a medida que aumenta o tempo de serviço, diminui a quantidade de afastamentos dos servidores envolvidos. Porém, indutivamente contrários aos resultados aqui da Prevalência, com uma tendência a maiores médias de tempo de serviço no funcionalismo, como variável, um estudo realizado em trabalhadores de enfermagem de unidade de hemodiálise verificou que a média de tempo de contratação e labor com a maior concentração de afastamentos foi de 8 anos, com 12,1% com pelo menos 6 anos, além do tempo de vínculo empregatício variar de 1 a 25 anos (DISSEN et al., 2014). De forma crescente, Cunha (2007), encontrou um maior número de afastamentos em servidores com média de 14,39 anos e desvio padrão de 5,78, para o tempo de serviço funcional. Nesta mesma inclinação, funcionários com mais de 21 anos de tempo laboral foram responsáveis pelo maior índice de absenteísmo, 52,21% (SILVA et al., 2008).

6.5 SECRETARIA

A composição do quadro do funcionalismo municipal foi administrativamente dividida em uma pasta denominada Prefeitura Municipal, composta pelo Prefeito e Assessores Diretos, e 11 Secretarias, cuja distribuição na amostra apontou uma concentração de 47,9% e 51,3% dos funcionários lotados no setor da Educação, 27,6% e 27% na Saúde, seguidos pela Secretaria da Administração com índices percentuais de 6,4% e 6,3%, estando as outras Secretárias e Pasta com uma concentração de funcionários variando numa faixa de 0,3 a 4,1% e 4% das amostras da Prevalência e da Incidência, respectivamente.

Mazilli (2004) aplica a mesma estratégia, mencionando 5 secretarias principais, Educação com 39,26%, Saúde com 13,97%, Administrações Regionais com 11,18%, Assistência Social com 11,13%, seguidas da Administração e das demais com 0,95% e 23,52%, respectivamente. Nota-se que há uma convergência com o presente estudo para a mesma tendência de predominância das pastas da Educação, Saúde e Administração no setor público.

No levantamento retrospectivo as Secretarias com as maiores médias e taxa de ocorrência da Quantidade Total de Afastamentos foram: Educação com 15,58 eventos e percentual de 65,79%, Assistência Social com 10,92 e 3,96%, Saúde com 8,81 e 21,45%, e Administração com 7,59 e 4,33%. Para o levantamento prospectivo, manteve-se esta mesma tendência para este quesito: Educação com média de 6,95 eventos e taxa de ocorrência de 57,03%, Administração com 6,47 e 6,47%, Saúde com 6,21 e 26,79%, e Assistência Social com 5,75 e 3,63%.

O mesmo foi atribuído para o Número de Afastamentos Odontológicos. Assim, no levantamento retrospectivo as Secretarias com as maiores médias e taxa de ocorrência do Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada foram: Educação com 1,40 eventos e percentual de 67,72%, Obras e Serviços Públicos com 1,33 e 2,37%, Agricultura e Meio Ambiente com 0,83 e 2,97%, e Saúde com 0,82 e 22,87%. Para o levantamento prospectivo, manteve-se esta mesma tendência para este quesito: Educação com média de 0,75 eventos e taxa de ocorrência de 62,90%, Saúde com 0,62 e 27,33%, Assistência Social com 0,58 e 3,74%, e Agricultura e Meio Ambiente com 0,50 e 2,69%.

Claramente pode-se verificar que a Secretaria de Educação predominou, tanto com as maiores médias, quanto com as taxas de ocorrências mais elevadas,

em ambos os levantamentos. Já a Secretaria da Saúde, mesmo quando não obteve as maiores médias, sempre esteve na segunda colocação quanto aos maiores índices de ocorrência. Cabe ressaltar que ambas as secretarias concentravam o maior número de sujeitos das amostras. Contudo, ficam algumas interrogações: *O servidor ligado ao Departamento de Saúde teria maior facilidade de acesso aos cuidados com a sua própria saúde? E o indivíduo lotado na Educação, teria um nível de discernimento mais elevado que o restante da população, que o levaria a se preocupar mais com sua saúde?* Provavelmente tais incógnitas, e outras, continuarão sem respostas, tamanha a complexidade da abordagem e discussão filosófica que possa desencadear o tema, em que pese a muito pouco provável possibilidade de comprovação científica para tais inferências ou o seu contraditório.

Assim, tais resultados encontram eco na literatura pesquisada. Desta mesma maneira, quanto à procedência por Secretaria Municipal relacionada à prevalência dos afastamentos, porém de origem odontológica especificamente, observou-se que 72% dos servidores que constituíram a amostra deste estudo pertenciam à Secretaria Municipal da Educação, 10,7% à Secretaria Municipal da Assistência Social, 4,3% à Secretaria Municipal da Saúde, e os demais (13%) estavam distribuídos pelas outras Secretarias (MAZILLI, 2004). Com esta mesma inclinação, a Secretaria da Educação Prefeitura Municipal de Curitiba no ano de 2009, foi a que mais solicitou Licenças para Tratamento de Saúde, com índice de 45% do total de dias perdidos, seguida da mesma forma pela Secretaria de Saúde com 26% e pela Secretaria da Defesa Social com 8% do total de dias perdidos (MARGRHRAF; SILVA, 2010). Leão et al. (2011), também encontraram esta mesma vocação na Secretaria da Educação, seguida pela da Saúde, como as mais prevalentes na sua amostragem para estudo do absenteísmo, porém não citam valores relativos ou absolutos. Muito embora, Santos e Mattos (2010) tenham encontrado na Secretaria Municipal de Esportes a maior taxa de absenteísmo-doença, dado pela relação entre o total de dias de licença médica e o produto do número de servidores com o número de dias úteis, atribuído em 5,5.

6.6 ESCOLARIDADE

No tocante ao nível de escolaridade, a população analisada foi dividida em 4 grupos: Ensino Superior, Ensino Médio, Ensino Fundamental e Analfabetismo, e indicou taxa percentual de formação universitária prevalente, compreendendo 44,6% e 44,7%, seguida de funcionários com ensino médio em 39,9% e 39,5%, e o índice menor de 15,5% e 15,8% foi atribuído ao funcionalismo com ensino fundamental, respectivamente para os levantamentos retrospectivo e prospectivo, em que pese uma taxa zero de analfabetismo em ambos.

Similarmente ao estudo em tela, Mazilli (2004) utiliza os dados do Censo Municipal realizado em São Paulo em 2001, de maneira indireta, que também atribui denominação semelhante, nível básico, nível médio e nível superior. Já, com um nível de escolaridade a mais, a amostra de Quinónez et al. (2011) refere taxas relativamente equilibradas de 29,9% para ensino fundamental, 25,6% para nível médio, 26,6% para nível universitário e 8,8% para pós-graduados. Contudo, Lacerda et al. (2011) dividiu sua mostra em dois grupos: com menos de 8 anos completos de estudo, onde encontrou 54,31%, contra 45,69% com mais de 8 anos de estudo, de forma semelhante a outro estudo anteriormente realizado com faixas de anos de estudo assim distribuídas: inferior a 12 anos, 9,3%, de 12 anos, 30,8%, 13 a 15 anos, 22,6% e acima de 16 anos, 37,2% (REISINE, 1984).

Considerando o levantamento retrospectivo, a maior prevalência da Quantidade Total de Afastamentos por motivos de doença foi encontrada no nível de ensino superior com a maior média de 12,92 e desvio padrão de 16,84, e com taxa de 50,88%. Do mesmo modo, a maior incidência no levantamento prospectivo se deu também no ensino superior, com média de 6,40 e desvio padrão de 7,11, e com taxa de ocorrência de 45,79%, porém a maior média se deu no ensino fundamental, com 7,69 e desvio padrão de 8,95 e índice de 9,56%.

Para o levantamento retrospectivo, o maior Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada foi verificado no ensino superior com média de 1,01 e desvio padrão de 2,37, e índice de 45,55%, porém no ensino médio se encontrou a maior média de 1,13 e desvio padrão de 4,08, com taxa percentual bastante próxima, 45,27%. Já, a maior incidência encontrada no estudo prospectivo foi no ensino superior com a maior média de 0,63 e desvio padrão de 1,47, e taxa de 46,06%.

Quanto a análise inferencial, tanto a Quantidade Total de Afastamentos, quanto o Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada, quando correlacionados à escolaridade, não apresentaram níveis de significância para tais correlações, seja no estudo retrospectivo, seja no prospectivo. No entanto, é possível detectar na análise descritiva que, quanto ao grau de escolaridade, no nível universitário concentraram-se os maiores índices de ocorrências, tanto dos problemas de saúde geral, como dos odontológicos, em ambos os levantamentos, independentemente das maiores médias encontradas para cada nível de formação escolar, isto possivelmente associado a maior concentração dos sujeitos das amostras nesta faixa educacional. Todavia, outras conjecturas poderiam também ser aventadas. *Uma diferenciação cultural e educacional poderia influenciar numa maior preocupação com a saúde e busca pelos seus cuidados?* Por um outro lado, doença parece não escolher nível de instrução, muito embora, hábitos e cuidados com a saúde e a profilaxia da doença, relacionados a cultura e nível de discernimento de uma população, possam sim, influenciar o equilíbrio ou desequilíbrio do binômio Saúde-Doença. Em verdade, por mais complexo e ambíguo que se torne o aprofundamento desta reflexão, difícil é a dissociação deste outro binômio Saúde-Educação de uma população, em que pesem os traços culturais da mesma como fator coadjuvante, ou até mesmo principal.

Do mesmo modo que o presente estudo, quanto ao grau de instrução, o ensino superior foi responsável pelo maior índice de absenteísmo médico, com 43,82% (SILVA et al., 2008). Leão et al. (2011), também encontraram o ensino superior como o mais prevalente na sua amostragem para estudo do absenteísmo, porém não citam valores relativos ou absolutos. No entanto, Cunha, em 2007, apontou o ensino médio como a escolaridade com maior prevalência para os afastamentos para tratamento de saúde, com taxa de 50,4%, porém não referiu números absolutos. Seguindo esta tendência, estudo que não diferenciou o absenteísmo médico do odontológico quanto ao grau de escolaridade da amostragem, apontou para o ensino médio sua maior prevalência com 53,2% (MACEDO; QUELUZ, 2010). E de forma superficial e indireta, Dimarzio (2011), atribuiu a maior incidência de afastamentos aos profissionais de nível médio e superior, porém sem distingui-las ou contabilizar números. Também da mesma forma, Coelho et al. (2010) encontraram índice de 30,7%, 50 sujeitos com escolaridade compatível com 2º grau, como prevalente no absenteísmo

odontológico. Já, Carvalho et al. (2007) encontraram o absenteísmo odontológico mais prevalente ao nível de 1º Grau ou ensino fundamental, com 81,0%. Em estudo recente, o grau de instrução de colaboradores de indústria de peças e componentes automotivos apontou para o ensino médio a sua maior frequência para os afastamentos médicos, com 88,10% (HEY et al., 2013). Já no mesmo ano, 2013, na Universidade de Ciências Médicas de Mazandaran, Irã, foi atribuído ao ensino superior o maior índice de absenteísmo médico com 85,85% distribuídos em 55,4% para profissionais com nível superior e bacharelado, 14,6% para profissionais com mestrado e 15,85% com doutorado (SARAVI et al., 2013). É evidente que o perfil educacional de uma população estudada e de sua amostra, possa ser um fator determinante do resultado para o grau de escolaridade no qual se concentrem os seus maiores índices de absenteísmo.

6.7 FAIXA SALARIAL

Quanto às condições sócio econômicas, preponderou uma renda mensal de 1 a 3 salários mínimos com taxa percentual de 61,5% e 61,2%, intermediada por um rendimento salarial de 4 a 6 salários mínimos em 28,9% e 30,3%, contra um ganho superior a 6 salários mínimos em apenas 9,6% e 8,5% das amostragens da Prevalência e da Incidência, respectivamente.

A renda mensal para a mostra de Lacerda et al. (2011) foi classificada em abaixo e acima de 2 salários mínimos de referência, com 13,11% e 86,89%, respectivamente. Já para Reisine (1984), a renda familiar anual foi distribuída em 5 faixas, menos de 10.000, 10 – 15.000, 15 – 25.000, 25 – 50.000 e acima de 50.000 dólares (U\$), com percentuais respectivos de: 4,9%, 12,5%, 32,3%, 39,5% e 10,8%. O mesmo fez Quinónez et al. (2011), porém: menos de 20.000, 20 – 39.000, 40-59.000, 60 – 79.000 e acima de 80.000 dólares, percentualmente: 9,4%, 18,3%, 17,4%, 11,2% e 25,4%, respectivamente. A distribuição percentual nas faixas salariais que mais se aproximou da pesquisa em tela foi a de Reisine (1984), guardada as diferenças nos números de faixas salariais, no câmbio monetário e as épocas dos estudos, 30 anos entre um e outro, que obviamente influenciam nos valores absolutos, além da inversão crescente dos percentual para as faixas salariais mais elevadas neste estudo de Reisine em 1984, que já, à época, evidencia

uma discrepância significativa entre os níveis socioeconômicos das populações estudadas em ambos os países, no entanto, um outro ponto comum nestes dois estudos é uma menor porcentagem de ocorrência das faixas salariais mais altas.

Quanto a Faixa Salarial, no levantamento retrospectivo, prevaleceu uma maior Quantidade Total de Afastamentos relacionada a motivos de tratamento de saúde nos servidores com renda entre 1 a 3 salários mínimos, com média de 10,54 e desvio padrão de 13,47, e taxa de ocorrência de 57,06%, embora a faixa de vencimentos entre 4 a 6 salários mínimos tenha marcado a maior média destes eventos, com 15,58, desvio padrão de 19,09 e taxa de 39,56%. Para o levantamento prospectivo, a mesma faixa salarial entre 1 a 3 salários mínimos foi a que apresentou a maior média, 6,36 e desvio padrão de 7,33, além de maior taxa de incidência de 62,23%.

Neste raciocínio, no estudo retrospectivo prevaleceu um maior Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada também na faixa salarial entre 1 a 3 salários mínimos, com média 1,01, desvio padrão de 3,44 e índice de ocorrência de 62,64%, embora a faixa de recebimentos entre 4 a 6 salários mínimos tenha alcançado a maior média, com 1,14, desvio padrão de 2,68 e taxa de 33,15%. O mesmo ocorreu com o levantamento prospectivo, onde também a faixa de 1 a 3 salários foi a que apontou a maior incidência, com média de 0,62 faltas, desvio padrão de 1,94 e taxa de ocorrência de 62,00%, porém, a faixa entre 4 a 6 salários apresentou a maior média, com 0,64, desvio padrão de 1,56 e índice percentual de 31,66%.

Na análise inferencial, tanto a Quantidade Total de Afastamentos, quanto o Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada, quando correlacionados à faixa salarial, não apresentaram níveis de significância para tais correlações, seja no estudo retrospectivo, seja no prospectivo. No entanto, numa avaliação dedutiva da análise descritiva, há que se imaginar porque tal predominância da faixa salarial de menor poder aquisitivo, 1 a 3 salários mínimos, segundo a metodologia de divisão adotada, tenha ocorrido nestes resultados, fato é que, nela se concentraram os maiores percentuais de sujeitos da amostras, muito embora suas médias de ocorrências dos eventos também tenham sido expressivas, aliás há uma coerência dos valores relativos destes sujeitos nas amostras em suas faixas salariais e os índices obtidos para suas ausências. Voltando a questões reflexivas dos “porquês”, *Por ventura quem ganha menos adoece mais?*, ou, *Quem*

ganha mais se alimenta melhor e cuida mais da saúde, adoecendo menos?, e mais, *Quem tem mais recurso financeiro teria um maior acesso aos cuidados com a saúde?*, ou ainda, *O nível de satisfação ou insatisfação com a remuneração, por ganhar o suficiente ou pouco, seria um fator determinante para se faltar menos ou mais?* Tais questionamentos buscam respostas, porém parece que nada de conclusivo se tem, aparentemente apenas conjecturas e indícios em poucas constatações controversas.

Assim, com achados semelhantes e utilizando-se de um raciocínio lógico, porém indutivo, Martins et al., em 2005, verificaram em seu estudo que a maioria das faltas eram de trabalhadores de serviços não burocráticos, menos qualificados e com menor salário. Afirmando que se pode acreditar que os trabalhadores que ganham um salário maior falem menos porque estão satisfeitos com o seu salário ou se nutrem melhor adoecendo menos, apesar de fazerem referências à condições contrárias. Num vetor oposto, para Gift et al. (1992), analisando o *National Health Interview Survey Center for Disease Control*, em 1989 (*NHIS - CDC USA 1989*), constataram que pessoas com renda de U\$20.000 a U\$35.000 e acima de U\$35.000 são mais propensas a perderem horas de trabalho que indivíduos ou grupo de pessoas com menor renda. Já, Cunha (2007) encontrou em faixa salarial intermediária a maior prevalência para os afastamentos, entre 3,1 e 6 salários mínimos, num índice de 54,7%, sem referência a valores absolutos.

6.8 QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS

6.8.1 Quantidade de afastamentos do trabalho por faltas justificadas ou abonadas

Prevalências elevadas para esta modalidade de ausências ao trabalho parecem ser a tendência, apontada por autores que a encontraram em 542 de 782 sujeitos, avaliados num período de estudo de 3 anos, nos quais apresentaram 2.546 eventos, referindo que 2.447 (96,11%) foram relacionadas a faltas em períodos inferiores a 15 dias de duração (OENNIG et al., 2012).

Muito embora, a modalidade de afastamentos com até 15 dias de justificativa por atestação também tenha sido prevalente no estudo de Cunha (2007), quando

comparada às outras modalidades, apontaram uma taxa de 45,9% para estes eventos, apesar de menor em números relativos, ainda os de maior prevalência. Também apontam na mesma direção os números de Fakhri et al. (2012), que encontraram no período de 01 ano a soma de 1.301 ausências por faltas justificadas (44,9%), sendo 569 (19,6%) faltas unitárias e 732 (25,3%) por Licença para Tratamento de Saúde (LTS) inferiores a 15 dias.

Alguns estudos demonstram somente em números absolutos, ou somente tais condições de afastamentos especificamente. Assim, foram analisados no total, no período de janeiro a junho de 2002, nas empresas pública (prefeitura) e privada (indústria), 1.642 atestados, sendo 64 odontológicos e 1.578 médicos. Do total de atestados, 1.311 deram entrada na prefeitura e 331 na indústria. Estes atestados tinham a finalidade de abonar faltas com máxima duração de 15 dias (MARTINS et al., 2005). Já noutra população estudada, que compreendeu um total de 526 trabalhadores de enfermagem, repercutiu em 1.573 afastamentos com 248 causas distintas ao sistema de saúde do trabalhador no período de Janeiro a Dezembro de 2010 (PINHEIRO, 2012). Da mesma forma, uma filial de empresa de *telemarketing*, com cerca de 4.900 funcionários, apurou 68 atestações médicas com afastamentos de 3 a 15 dias, num período de 30 dias, de abril a maio de 2013 (BALASTEGHIN et al., 2014).

Noutra maneira de se descrever, estratifica-se em dias tal modalidade, indicando que em trabalhadores da indústria de peças e componentes automotivos, houve maior frequência de afastamentos por doença de curta duração, sendo que 62,43% (236) dos atestados apresentados correspondiam a um dia de afastamento e verificou-se que os afastamentos de dois dias correspondiam a 45 atestados, 11,90% do absenteísmo, de um total de 378 atestações com até 15 dias (HEY et al., 2013).

Recentemente, de forma fragmentada e sem especificações mais claras quanto as modalidades de afastamentos, um estudo envolvendo trabalhadores da enfermagem de serviço de hemodiálise apontou que 86,5% dos atestados apresentados referiam-se à faltas justificadas, com períodos de afastamentos inferiores a 15 dias, e os 13,5% restantes foram atribuídos à ausências superiores a 15 dias, porém não especificaram a modalidade de afastamento, se auxílio-doença ou acidente de trabalho, ou ambos, deixando uma lacuna para interpretação, na

medida em que tais formas distintas de afastamento possuem suas características peculiares de entendimento (DISSEN et al., 2014).

Por fim, no presente estudo, a quantidade de afastamentos por faltas justificadas variou dentro de uma gama de 0 a 41, para um mesmo servidor, e a somatória, de todos os servidores, atingiu um total de 1.866 eventos, com média de $6,14 \pm 7,06$ e taxa de 98,16%, no levantamento prospectivo, a ser comparada aos resultados anteriores retrospectivos, com variação de 0 a 96, total de 3.743 eventos e média de $11,01 \pm 14,56$, e taxa de 96,96%. Estes resultados são corroborados pela literatura quanto aos altos índices relativos e absolutos identificados da Prevalência, ratificada pela Incidência, desta forma afastamento de curta duração, e ainda como sendo a de maior ocorrência. Confrontando-se os dados prospectivos com os retrospectivos é possível verificar que a Incidência destas faltas foi praticamente a metade (49,85%) das ocorrências quantificadas no levantamento da Prevalência, porém num lapso de tempo 7,61 vezes menor (13,13%), 18 : 137 meses, que implica numa média de 1.244 afastamentos por ano no período prospectivo, contra 327,85 no retrospectivo, ou seja, houve uma Incidência média anual 3,8 vezes maior (380%) que a Prevalência média anual aferida.

6.8.2 Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Doença

Praticamente, de maneira geral, parece não se discutir diretamente esta modalidade especificamente na literatura levantada, como constatado no item anterior. No entanto, na contramão do que se espera, Fakihi et al. (2012) encontraram 1.127 ausências do trabalho por Licença para Tratamento de Saúde (LTS) superiores a 15 dias, que referem ser 38,8% do montante das modalidades observadas.

Indo ao encontro da expectativa presumida de baixos índices para esta modalidade, na pesquisa em tela, a quantidade do benefício auxílio-doença somou um montante de 30 ocorrências, no seu total, que oscilaram de 0 a 3 eventos no máximo por funcionário licenciado, com média de $0,10 \pm 0,33$ e taxa de 1,58%, no estudo da Incidência, e os resultados obtidos na análise da Prevalência apontam um total de 97, variação de 0 a 5, e média $0,29 \pm 0,71$, em números relativos, 2,51%. Quando comparados, os resultados prospectivos com os retrospectivos nota-se que

a Incidência destas licenças foi praticamente um terço (30,92%) dos eventos quantificados no estudo da Prevalência, porém num espaço temporal 7,61 vezes menor (13,13%), 18 : 137 meses, que aponta uma média de 20 afastamentos por ano no período prospectivo, contra 8,5 no retrospectivo, ou seja, houve uma Incidência média anual 2,35 vezes maior (235%) que a Prevalência média anual medida.

6.8.3 Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho

Neste tópico, a literatura parece ser unânime em demonstrar também baixas taxas para esta modalidade de licenciamento pelo motivo de acidente trabalhista. Em estudo realizado em uma indústria frigorífica, dos 8.728 registros, 207 (2,37%) foram considerados acidentes de trabalho, no período de um ano (HITO, 2007). Seguindo este padrão de baixos índices para esta modalidade de evento, Leão et al. (2011), encontraram 40.578 afastamentos em 14.484 servidores estatutários do Município de Goiânia no período de 2005 a 2010, e atribuíram a este montante 812 eventos, um índice percentual de 2% relacionados a afastamentos por Acidente de Trabalho, porém não descrevem maiores detalhes numéricos relativos ou absolutos, descritivos ou inferenciais.

Da mesma maneira, seguindo este mesmo norte de baixos percentuais, então balizado estatisticamente pela literatura, no estudo em tela foi registrada uma soma total de 5 sinistros, contemplando suas vítimas com o benefício do auxílio-acidente numa única faixa de 0 a 1 situação por beneficiário, com média de $0,02 \pm 0,12$ e índice de 0,26%, na coorte prospectiva, sequencialmente a pesquisa retrospectiva, que apurou um total de 20, mínimo-máximo de 0 a 2, e média de $0,06 \pm 0,26$, em números relativos, 0,52%. Na comparação destes resultados prospectivos e retrospectivos torna-se evidente que a Incidência destes infortúnios foi de um quarto (25%) dos sinistros ocorridos durante o período investigado da Prevalência, apesar de quantificada num período 7,61 vezes menor (13,13%), 18 : 137 meses, que indica uma média de 3,33 afastamentos por ano no período prospectivo, contra 1,75 no retrospectivo, ou seja, houve uma Incidência média anual 1,9 vezes maior (190%) que a Prevalência média anual contabilizada.

6.8.4 Quantidade total de afastamentos do trabalho – Soma total de todos os eventos

Portanto, a somatória total de todas as ocorrências que conotaram afastamento do trabalhador por no mínimo um dia, ou por períodos de dias, em todas as modalidades de afastamentos, atingiu a marca de 1.901 eventos, desde nenhum acontecimento, zero, até o limite de 41 situações de ausência ao trabalho justificada pelo mesmo servidor por atestação médico – odontológica, com uma média de $6,20 \pm 7,11$, na análise prospectiva da Incidência, paralelamente aos resultados da Prevalência que encontrou um total de 3.860, variação de 0 a 100, e média de $11,46 \pm 15,17$.

Confrontando-se os resultados prospectivos com os retrospectivos, evidencia-se que a Incidência da soma de todas as modalidades de afastamentos foi aproximadamente a metade (49,24%) da somatória das mesmas ocorrências verificadas durante o período investigativo da Prevalência, muito embora quantificada num período 7,61 vezes menor (13,13%), 18 : 137 meses (1 ano e 6 meses contra 11 anos e 5 meses), que determina uma média de 1.267 afastamentos por ano no período prospectivo, contra 338 no retrospectivo, ou seja, houve uma Incidência média anual 3,75 vezes maior (375%) que a Prevalência média anual encontrada. O **Índice de Frequência (IF)**, ou seja, a relação entre o número de períodos de afastamento (o número de ausências) e o número de empregados, que determina o número de faltas por empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 3,97 para o levantamento da Prevalência e de 1,95 para a Incidência, com **Índice de Frequência Médio** no período de uma ano (**IFM**) de 0,35 e 1,30, respectivamente.

No período pesquisado por Martins et al. (2005), a empresa pública apresentava 3.490 funcionários. Já a empresa privada apresentava no total 656 empregados. No total, foram analisados, no período de janeiro a junho de 2002 (meio ano), nas empresas pública (prefeitura) e privada (indústria), 1.642 atestados, sendo 64 odontológicos e 1.578 médicos. Do total de atestados, 1.311 deram entrada na prefeitura e 331 na indústria. Portanto, num período de tempo 22,84 e 3 vezes menor que os da Prevalência e Incidência aqui estudada, na empresa pública com quadro funcional 3,58 vezes maior e na empresa privada, 0,68 vezes menor, houve 0,34 vezes o número de afastamentos da Prevalência e 0,69 da Incidência na empresa pública, além de 0,08 e 0,17 vezes na empresa privada, respectivamente.

Logo, a média anual de afastamentos por 1.000 funcionários seria de 762,75 (empresa pública) e de 1.009,14 (empresa privada), se assim houvessem tantos em ambas as empresas, contra as médias de 1.267 da Incidência e de 338 da Prevalência. O Índice de Frequência (IF) foi de 0,38 (empresa pública) e de 0,50 (empresa privada), com média anual projetada (IFM) de 0,76 (empresa pública) e de 1,0 (empresa privada), contra IF da Prevalência de 3,97 (IFM: 0,35) e da Incidência de 1,95 (IFM: 1,30).

Cunha (2007) levantou a soma de 40.370 afastamentos para tratamento de saúde, relativos 7.182 servidores, num período de levantamento de 10 anos, de um quadro de 11.189 funcionários das Secretárias de Estado da Saúde e administração de Santa Catarina. Há uma compatibilidade entre estes números e os do presente estudo, no que se refere aos resultados aferidos durante o levantamento da Prevalência, tanto pela semelhança numérica dos períodos de levantamento, cerca de uma década, e pouco mais, quanto pela proporcionalidade do número de funcionários ativos e seus respectivos afastamentos, em que pese a diferença 11,5 vezes maior do número de funcionários de Santa Catarina (11.189) com relação aos de Santa Cruz do Rio Pardo (973), que na proporção conferiria aproximadamente 11 vezes mais afastamentos ($40.370 : 3.860$). Assim, guardadas estas diferenças numéricas, proporcionalmente, tal comparação pode ser extrapolada e confrontada com os resultados auferidos no levantamento da coorte prospectiva em tela, que indica uma Incidência substancialmente maior no computo total dos afastamentos. E mais, a média anual de afastamentos por 1.000 servidores seria de 360,80 a ser confrontada com as médias de 1.267 da Incidência e de 338 da Prevalência. Assim, o Índice de Frequência (IF) foi de 3,61, com média anual (IFM) de 0,36, contra IF da Prevalência de 3,97 (IFM: 0,35) e da Incidência de 1,95 (IFM: 1,30).

No mesmo ano, Hito (2007), atribuiu aos 3.842 funcionários de uma indústria frigorífica do Paraná, um total de 8.728 atestações médicas e odontológicas, no período de um ano, 2005, mostrando que num período de tempo 11,42 vezes menor, num universo de servidores 4 vezes maior, o número de afastamentos foi 2,26 vezes maior que o do presente estudo de Prevalência, e 4,59 que o da Incidência. Portanto, a média anual de afastamentos por 1.000 funcionários seria de 2.272 contra as médias de 1.267 da Incidência e de 338 da Prevalência. O Índice de Frequência (IF) foi de 2,27, com média anual (IFM) de 2,27, contra IF da Prevalência de 3,97 (IFM: 0,35) e da Incidência de 1,95 (IFM: 1,30).

Numa população média de 7.428 funcionários, em 6 anos de levantamento, foram identificados 6.445 afastamentos por razão de tratamento de saúde (SILVA et al., 2008). O que inferencialmente comparado ao estudo de prevalência em tela, implica em cerca de 7,5 vezes o número de funcionários, na metade do tempo de levantamento, porém com menos que o dobro do número de afastamentos, porém com uma média anual de 1.074, bastante próxima da média da Incidência aqui aferida, 1.267 eventos, a despeito da diferença do quadro funcional ativo 7,5 vezes maior. Logo, uma média anual de afastamentos por 1.000 servidores de 145 a ser comparada com as médias de 1.267 da Incidência e de 338 da Prevalência. O Índice de Frequência (IF) foi de 0,87, com média anual (IFM) de 0,14, contra IF da Prevalência de 3,97 (IFM: 0,35) e da Incidência de 1,95 (IFM: 1,30).

Estevan (2009), analisou uma amostra restrita de 60 profissionais da área odontológica, onde 32 eram cirurgiões-dentistas (CD) e 28 eram Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), por um período de 3 anos, identificando de maneira geral e inespecífica, 864 afastamentos, apontando que num período cerca de 4 vezes menor, num universo de servidores 16 vezes menor, o número de afastamentos foi apenas 4,5 vezes menor que o da Prevalência, e 2,2 vezes menor que o quantificado na Incidência em tela, porém no dobro do tempo deste levantamento prospectivo. Por conseguinte, a média anual de afastamentos por 1.000 funcionários seria, se assim houvessem tantos, de 4.800 versus as médias de 1.267 da Incidência e de 338 da Prevalência. O Índice de Frequência (IF) foi de 14,4, com média anual (IFM) de 4,8, contra IF da Prevalência de 3,97 (IFM: 0,35) e da Incidência de 1,95 (IFM: 1,30).

Uma pesquisa numa indústria de móveis que avaliou de um universo de 170 funcionários, uma amostra de 111 (65,2%), por um período de 4 anos (2005 a 2008), encontrou 943 atestados médicos e odontológicos (MACEDO; QUELUZ, 2010). Onde pode-se inferir que em um período de levantamento de aproximadamente um terço (1/3) do realizado para Prevalência e 2,5 vezes superior ao da Incidência, num quadro funcional cerca de 6 vezes menor, o número de atestações foi 4 vezes menor que o da Prevalência e a metade que o visto na Incidência do estudo em pauta. Em vista disso, a média anual de afastamentos por 1.000 funcionários seria, se assim houvessem tantos, de 1.387 contra as médias de 1.267 da Incidência e de 338 da Prevalência. O Índice de Frequência (IF) foi de 5,55, com média anual (IFM)

de 1,39, contra IF da Prevalência de 3,97 (IFM: 0,35) e da Incidência de 1,95 (IFM: 1,30).

De um quadro de 32.447 funcionários da Prefeitura Municipal de Curitiba no ano de 2009, 17.826 servidores registaram 61.874 Licenças para Tratamento de Saúde (MARGRHRF; SILVA, 2010). Assim, comparativamente com a presente pesquisa, num quadro de funcionários 33,34 vezes maior, verificou-se um número de afastamentos 16,02 vezes maior em um período 11,42 vezes menor que o da Prevalência, e 32,55 vezes maior em um período de dois terços do levantamento da Incidência. Assim, a média anual de afastamentos por 1.000 funcionários seria de 1.907 comparadas às médias de 1.267 da Incidência e de 338 da Prevalência. O Índice de Frequência (IF) foi de 1,91, com média anual (IFM) de 1,91, contra IF da Prevalência de 3,97 (IFM: 0,35) e da Incidência de 1,95 (IFM: 1,30).

Leão et al. (2011), encontraram 40.578 afastamentos em 14.484 servidores estatutários do Município de Goiânia no período de 2005 a 2010, de um quadro funcional médio de 20.611, porém não descrevem maiores detalhes numéricos relativos ou absolutos, descritivos ou inferenciais. De tal forma que, no mesmo raciocínio comparativo com o estudo em tela, com um quadro funcional 14,88 vezes maior, na metade do período do levantamento da Prevalência e em 4 vezes o da Incidência, houve 10,51 e 21,34 vezes a quantidade de afastamentos, respectivamente. A média anual aproximada de afastamentos por 1.000 servidores seria de 328,13, a ser comparada com as médias de 1.267 da Incidência e 338 da Prevalência. O Índice de Frequência (IF) foi de 1,97, com média anual (IFM) de 0,33, contra IF da Prevalência de 3,97 (IFM: 0,35) e da Incidência de 1,95 (IFM: 1,30).

Já, Fakh et al. (2012) verificaram 2.898 ausências ao trabalho, num período de 12 meses, envolvendo os colaboradores da enfermagem de um PSA, com média de 96,8 colaboradores por mês, sendo estes afastamentos: 569 (19,6%) faltas, 732 (25,3%) por Licença para Tratamento de Saúde (LTS) inferiores a 15 dias, 1.127 (38,8%) por LTS superiores a 15 dias, 340 (11,7%) por licenças-maternidade e 130 (4,5%) por outras licenças. Portanto, comparando-se com a presente pesquisa, em um quadro de funcionários aproximadamente 10 vezes menor, em 11,42% e 0,66% do tempo do levantamento da Prevalência e da Incidência, computou-se 66,28% e 134,56% dos totais de afastamentos, respectivamente, excetuando-se neste cálculo as licenças-maternidade, aqui não contabilizadas. A média anual de afastamentos por 1.000 servidores seria, se assim houvessem tantos, de 26.425,62, a ser

comparada com as médias de 1.267 da Incidência e 338 da Prevalência. O Índice de Frequência (IF) foi de 26,42, com média anual (IFM) de 26,42, contra IF da Prevalência de 3,97 (IFM: 0,35) e da Incidência de 1,95 (IFM: 1,30).

Um estudo realizado na Prefeitura de Guarulhos – SP, avaliou um quadro de funcionários com 15.625 servidores, num período de 1 ano (2007), onde foram contabilizadas 5.969 atestações médicas e odontológicas (BOMFIM et al., 2013). Comparativamente, com um número de funcionários 16,06 vezes maior, num lapso temporal 11,42 vezes e 2/3 menores, apurou-se um montante de afastamentos 1,55 e 3,14 vezes maior que os do presente estudo para a Prevalência e Incidência, respectivamente. A média anual de afastamentos por 1.000 servidores foi de 382,02, a ser comparada com as médias de 1.267 da Incidência e 338 da Prevalência. O Índice de Frequência (IF) foi de 0,38, com média anual (IFM) de 0,38, contra IF da Prevalência de 3,97 (IFM: 0,35) e da Incidência de 1,95 (IFM: 1,30).

Recentemente, outra pesquisa com trabalhadores de enfermagem de uma unidade de hemodiálise que contava com 57 colaboradores, contabilizou 141 atestações médicas e odontológicas, para um período de levantamento de 4 anos (2007 a 2010) (DISSEN et al., 2014). Embora o grupo estudado seja restrito e diminuto, a exemplo de outros citados anteriormente, comparativamente ao estudo em pauta, mostra-se que com um quadro funcional 17,07 vezes menor, em um tempo de análise 2,86 vezes menor e 2,67 maior que os avaliados na Prevalência e na Incidência, a quantidade de afastamentos foi de 27,38 e 13,48 vezes menor, respectivamente. A média anual de afastamentos por 1.000 servidores seria, se assim houvessem tantos, de 618,42, a ser comparada com as médias de 1.267 da Incidência e 338 da Prevalência. O Índice de Frequência (IF) foi de 2,47, com média anual (IFM) de 0,61, contra IF da Prevalência de 3,97 (IFM: 0,35) e da Incidência de 1,95 (IFM: 1,30).

E mais, no presente estudo, quanto aos números absolutos e aos índices relativos de absenteísmo, seja de origem médica e/ou odontológica, 247 servidores da Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo, 81,2%, apresentaram alguma modalidade de afastamento para tratamento de saúde no período prospectivo, e 284 (83,5%) no retrospectivo.

Índice elevado também de absenteísmo foi encontrado na amostra de 400 servidores públicos, onde 301 destes, 75,25%, apresentaram algum tipo de afastamento (ANDRADE et al., 2008). Na mesma tendência, Ferreira et al. (2011),

de um quadro funcional de 414 servidores de enfermagem do serviço de internação, contabilizaram 310 (74,88%) que tiveram algum tipo de ausência. Corroborado com pesquisa em que 542 de 782 sujeitos apresentaram 2.546 eventos que geraram licença médica, 69,31%, com média de 3,3 episódios por trabalhador (OENNIG et al., 2012).

Porém, Dimarzio em 2011, encontrou taxa menor, em 240, 91 servidores apresentaram afastamentos para tratamento de saúde, o equivalente a 37,92%.

Também com índices mais baixos, analisando os setores público e privado, verificou-se que a proporção de absenteísmo foi maior na empresa privada (50,46%) que na pública (37,56%), em trabalho que comparou ambas as modalidades (MARTINS et al., 2005).

A análise comparativa entre os resultados obtidos nos levantamentos retrospectivo e prospectivo do presente estudo com os encontrados na literatura revisada apresenta dificuldades para confrontação e interpretação, visto que as características de cada grupo estudado são distintas e heterogêneas em diversos aspectos, tais como, a função laboral, as características da empresa, o quadro funcional, e quanto a metodologia, no que se refere a amostragem, o período do estudo, os dados coletados e avaliados, dentre outros fatores peculiares a cada população avaliada e os métodos de pesquisa empregados. Para tanto, parece ser condição imprescindível a utilização de Índices e Razões cientificamente reconhecidos e validados, tais como o Índice de Frequência (IF), o Índice de Gravidade (IG) e a Duração Média das Ausências (DMA) (QUICK; LAPERTOSA, 1982), quando for indicado o seu uso, de forma a padronizar e permitir comparações e inferências, em que pese não serem Índices atemporais (IF e IG), ou seja, o seu resultado dependente diretamente do tempo decorrido no qual os dados foram levantados, assim, o cálculo da sua média em espaços de tempo necessários é perfeitamente exequível, enquanto que a Duração Média das Ausências (DMA) que relaciona duas variáveis em razão direta (no. de dias perdidos / no. de ausências) sugere ser atemporal. Ademais, parece que no quesito pioneirismo, o trabalho em tela, não encontrou outro com o qual fizesse par para análise e inferências mais profundas, e ao mesmo tempo amplas, correlacionadas às áreas odontológica e médica concomitantemente, quanto a questão **Incidência** do Absenteísmo. Desta forma, as comparações diretas restringem-se àquelas realizadas entre os resultados da Prevalência e da Incidência do próprio trabalho, e indiretamente com os

coeficientes encontrados na literatura, ou aqui calculados, que avaliam a prevalência do Absenteísmo.

Neste ponto, no qual se vislumbram todas as possibilidades de afastamentos, quantitativa e qualitativamente, fazem-se necessárias algumas considerações, no mínimo polêmicas e questionáveis, mas não menos importantes, acerca da legitimidade das atestações médicas e odontológicas, e o absenteísmo. Assim, para Cunha (2007) a imagem estereotipada do servidor público como fraudador de licenças médicas, por vezes, ofusca o verdadeiro significado do processo adoecimento - afastamento do trabalho, ditando políticas de concessão de benefícios com base nas exceções.

Isto traz à discussão um tema tão delicado, quanto polêmico, de difícil abordagem, e até mesmo improvável de se aferir e demonstrar com convicção, em pesquisas como a em pauta, as possíveis fraudes em atestações médicas ou odontológicas, que *per si* caracterizariam Falsidade Documental, podendo ser tipificadas como diversos dos Crimes Contra a Fé Pública, pelo Código Penal, tais como: Falsificação de documento público, Falsificação de documento particular, Falsidade ideológica, Certidão ou atestado ideologicamente falso, Falsidade material de atestado ou certidão, Falsidade de atestado médico ou Uso de documento falso (BRASIL, 1940). O enquadramento e a condenação em um ou mais destes crimes certamente estaria na dependência de uma série de fatores, tais como o agente fraudador, o tipo de documento fraudado, a combinação entre estes crimes e o entendimento do julgador, que diz respeito tanto à hermenêutica, quanto às doutrinas e jurisprudências existentes, em que pese isto tudo apontar para prova de fato ou circunstância que habilite alguém a obter qualquer forma de vantagem diante do ato ilícito praticado (BRASIL, 1940; BRASIL, 2006; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2013a). Ademais, quanto ao agente fraudador, tais crimes são passíveis de serem cometidos seja por médicos ou odontólogos, particulares ou mesmo investidos em cargos públicos, que possam atestar de forma ilegítima, ou ainda em outras circunstâncias nas quais a fraude pode advir de terceiros, tais como os seus colaboradores que tenham acesso à receituários, impressos e carimbos, ou até mesmo do próprio paciente, e este quando na condição de empregado, além de crime, quando comprovado, tanto da parte de quem emite ou falsifica, quanto de quem se utiliza do documento falso, ao apresentar atestado médico falso ao empregador para justificar dias que não foram trabalhados, também incorre na

infração de ato de improbidade que justifica demissão por justa causa, pois constitui falta grave (BRASIL, 1943).

Numa vertente de conjecturas menos severas que as determinadas pelo Estatuto Repressivo e seus desdobramentos, buscando numa tentativa de explicar tal fenômeno de forma mais realista e ao mesmo tempo filosófica, porém longe da intenção de se justificar a contravenção ou fraude, Martins et al. (2005) tecem algumas considerações acerca deste aspecto que parecem ser bastante coerentes e possíveis, intuindo que as licenças médicas de 1 dia caracterizariam um tempo geralmente insuficiente para cura de qualquer doença, podendo ser dia perdido para um simples exame complementar ou para outros procedimentos médicos, como também ser “doença provocada”. Afirmando que a licença médica muitas vezes é utilizada pelo trabalhador como uma forma de agressão à chefia e à instituição; também representando uma válvula de escape de tensões sociais, econômicas e psicológicas; sendo um ponto crítico a ser atacado na luta contra o absenteísmo. Ratifica também o que a literatura aponta: um menor número de ausências com maior número de dias perdidos indica sempre doença real. Ademais, como sua pesquisa foi comparativa entre uma empresa pública e outra privada, a despeito da imagem estigmatizada de “fraudador de licenças médicas” apresentada pelo servidor público, encontraram um maior número de faltas e atestados no setor privado, que parece pontualmente contradizer este juízo preconcebido. Por óbvias razões, e nem este foi o intuito do presente estudo, tais hipóteses não foram aventadas, tampouco evidenciadas.

Por conseguinte, nítida e claramente pode-se constatar que, após a padronização da forma de controle de frequência dos servidores utilizada pela administração do município estudado, com registros biométricos através do relógio-ponto digital como única e exclusiva forma de verificação da presença ou da ausência do empregado na sua unidade de trabalho, a quantidade de afastamentos do trabalho aumentou em números absolutos e relativos de forma expressiva e substancial em todas as modalidades previstas em lei, faltas justificadas, auxílio-doença e acidente de trabalho, durante este período prospectivo de 18 meses onde se avaliou a Incidência do Absenteísmo, porquanto foi este um dos objetivos gerais desta análise sob uma óptica da Incidência, ou seja, avaliar e confrontar possíveis mudanças no comportamento dos resultados averiguados durante esta coorte prospectiva, cuja única variável mutável detectada com relação ao levantamento

retrospectivo, foi exatamente esta: o método de controle da frequência do funcionalismo.

Por esta perspectiva vislumbrada, a utilização de meios digitais e de biometria em relógio-ponto parece trazer consigo consequências para Saúde Ocupacional do Trabalhador em um sentido mais amplo, ou induzir, mesmo que de forma velada, fraudes em licenças de saúde. Tal rigor no controle da frequência do funcionário denota, além da rigidez patronal, uma inflexibilidade e intolerância imposta pela impessoalidade do método, que diante, muitas vezes, da impossibilidade de diálogo com a chefia, que permitisse pelo uso do bom senso, uma tolerância maior quanto aos horários de entrada e saída, e de possíveis ausências a serem negociadas por meio de reposição ou compensação de horas ou dias perdidos, ou mesmo o uso de “Banco de Horas”, poderia levar o servidor a buscar formas de contornar tais situações, simulando doenças inexistentes (doença “provocada”), ou mesmo valorizando e potencializando sintomas de doenças que *per si* não implicariam na necessidade de interrupção de suas atividades laborativas habituais, mas que hipoteticamente, por um lado serviriam para justificar e abonar sua falta, por outro, como forma de agressão ao patrão e à instituição, que lhe tolhem a possibilidade de flexibilizações em horários e ausências mediante a acordos bilaterais empregado-patrão, que tanto beneficiassem ambas as partes, visto que um servidor satisfeito com seu trabalho e ambiente para tal, tende a ser mais produtivo, como coibissem fraudes.

A partir desta última premissa, outra hipótese pode ser aventada para se interpretar o aumento significativo e mensurável ocorrido na quantidade de afastamentos do trabalho após a implantação da biometria digital na administração pública municipal em tela. Visto por um outro prisma, parece sim, ter havido um agravamento à Saúde do servidor, muito provavelmente correlacionado ao ambiente de trabalho e o método de controle de faltas, este último, a única variável que se alterou ao longo dos 18 meses estudados prospectivamente, quando comparado ao estudo retrospectivo anterior de 11 anos e 5 meses, em que pese o fato do envelhecimento de apenas 1,5 anos da população analisada.

Os resultados de ambas as pesquisas, Prevalência e Incidência, para o quesito **afastamentos por faltas justificadas**, apontam **Índices de Frequência (IF)**, ou seja, a relação entre o número de períodos de afastamento (o número de ausências) e o número de empregados, que determina o número de faltas por

empregado, de 3,85 para o levantamento da Prevalência e de 1,92 para a Incidência, com **Índice de Frequência Médio** no período de uma ano (**IFM**) de 0,34 e 1,28, respectivamente. É perfeitamente visível que num período 1,5 anos houve aproximadamente metade (49,87%) das faltas registradas em 11 anos e 5 meses, e na média anual, 3,76 vezes (376%) maior no período prospectivo comparado ao retrospectivo. Mesmo considerando-se, hipoteticamente, que períodos de faltas de curta duração (faltas justificadas até 15 dias) possam estar associadas à doença “provocada” como forma de agressão à chefia e à instituição, ou mesmo como recurso extremo de resolução de situações pontuais de faltas injustificáveis legalmente, apesar da condição ilícita se comprovado o ato, tais números certamente merecem uma avaliação mais imparcial e criteriosa, no intuito de que injustiças e juízos de valores indevidos possam lhes ser atribuídos, uma vez que evidenciam uma questão gritante e grave a ser revista e dirimida. Na dúvida, pró “réu”. Assim, até que se prove o contrário, as condições de Saúde Ocupacional destes indivíduos parecem estar visivelmente afetadas.

Seguindo a linha de raciocínio anterior, levando-se em consideração que afastamentos de longa duração (acima de 15 dias) de fato configurem doença real, visto que são rigorosamente periciados pelo INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) para a concessão do benefício, trazem-se aqui os resultados obtidos da Prevalência e Incidência para os afastamentos por Auxílio-Doença, que revelam **Índices de Frequência (IF)**, de 0,09 para o levantamento da Prevalência e de 0,03 para a Incidência, com **Índice de Frequência Médio** no período de uma ano (**IFM**) de 0,008 e 0,02, respectivamente. Embora os valores das razões pareçam ínfimos em números absolutos, é perfeitamente calculável e visível que num período 1,5 anos houve um terço (33,33%) dos benefícios concedidos em 11 anos e 5 meses, e na média anual, 2,5 vezes maior no período prospectivo comparado ao retrospectivo. Há que se entender que, em média, houve uma ocorrência superior, na casa dos 250%, dos afastamentos certamente legítimos, configurados pelos benefícios concedidos como auxílio-doença, legalmente inquestionáveis.

E mais, idêntica inferência é passível de se realizar no quesito acidente de trabalho, eventos estes tão ou mais rigorosos quanto aos seus registros obrigatórios através da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) e das perícias, para que se obtenha a concessão do benefício. De forma similar, apontam-se aqui os resultados obtidos da Prevalência e Incidência para os afastamentos por Auxílio-Acidente /

Acidente de Trabalho, que revelam **Índices de Frequência (IF)**, de 0,02 para o levantamento da Prevalência e de 0,005 para a Incidência, com **Índice de Frequência Médio** no período de uma ano (**IFM**) de 0,0017 e 0,0033, respectivamente. Muito embora os valores destas razões também pareçam insignificantes em números absolutos, revelam a mesma condição perfeitamente calculável e visível de que num período 1,5 anos houve um quarto (25%) dos sinistros registrados em 11 anos e 5 meses, e na média anual, 1,94 vezes maior no período prospectivo comparado ao retrospectivo. Usando o mesmo raciocínio lógico, constata-se que, em média, houve uma ocorrência superior, na casa dos 194%, dos afastamentos desta modalidade, indubitavelmente legítimos, caracterizados pelos benefícios concedidos como auxílio-acidente / acidente de trabalho, sem dúvidas, inquestionáveis do ponto de vista legal. Aliás, inimaginável seria a simulação de uma patologia advinda de um infortúnio acidental, a menos que se admitisse a hipótese de que o indivíduo se auto infligisse propositalmente tal pena, a fim de se obter o benefício, que parece ser inusitado, por se não dizer inconcebível, para qualquer indivíduo minimamente esclarecido e normalmente gozando de suas faculdades mentais.

Números contradizem falácias. Desde que bem fundamentada e comprovada, a constatação de resultados numéricos desmistifica argumentos logicamente inconsistentes, daí a preocupação com a fidedignidade da exposição de dados em exaustivas tabelas e cálculos estatísticos descritivos e analíticos que permitissem uma Discussão e Conclusões embasadas. Resta deduzir por raciocínio lógico que as condições de Saúde Ocupacional da população estudada muito provavelmente encontra-se afetada pelas novas condições de trabalho impostas pelo empregador. Recomenda-se veemente e enfaticamente que a administração implante medidas para que se reavaliem as condições de trabalho desta população, inclusive estas mudanças operacionais no controle de frequência, talvez com uma maior flexibilidade, dentro dos limites legais, porém com justiça, na questão de abonos, justificativas, compensações e reposições de faltas de seus servidores, visto que os moldes atuais parecem demonstrar condições de trabalho insalubres, quando comparadas ao modelo anterior. Ademais, políticas de implementação e otimização da Saúde Ocupacional no atual sistema administrativo municipal parecem ser bem vindas, através não só da implantação da Medicina do Trabalho, como também da Odontologia do Trabalho, haja vista que cada uma das profissões

tem suas legitimidades ditadas pelas Leis específicas que as regulamentam, nas suas respectivas áreas de atuação, para poderem, dentro dos limites de atribuição de cada uma delas, atuar frente às medidas técnico-administrativas e, às perícias e auditorias necessárias para consolidação de um sistema justo de promoção da Saúde do Trabalhador, com um controle do ambiente de trabalho, visando a redução do absenteísmo, mas de maneira salubre, atuando como fonte reguladora destas questões, cada uma dentro dos seus limites de atribuição legal, prevenindo inclusive situações que possam configurar exercício ilegal da profissão tanto do Médico do Trabalho, como do Odontólogo do Trabalho.

6.9 CAUSA(S) DO(S) AFASTAMENTO(S)

6.9.1 Quanto a Origem Médica, Odontológica e, Médica e Odontológica

Do universo amostral estudado 180 (59,2%) e 193 servidores (56,8%), tiveram como causas de afastamentos somente a origem em patologia médica, somente 7 (2,3%) e 3 (0,9%) indivíduos apresentaram afastamentos atestados exclusivamente por razão odontológica, e os servidores com afastamentos encontrados em ambas as condições, médicas e odontológicas, para o mesmo indivíduo, foram 60 (19,7%) e 88 (25,9%), respectivamente nos levantamentos prospectivo e retrospectivo. Estes dados, bastante próximos em ambos os levantamentos, apontam para uma tendência dos indivíduos se afastarem mais do trabalho por causa exclusivamente médica do que apresentarem as duas necessidades médicas e/ou odontológicas, concomitantes ou não, ou ainda que por motivo estritamente odontológico. Ou seja, parece que uma minoria tem seus agravos à Saúde interferindo no trabalho somente com origem em problemas odontológicos, e mais da metade aparenta ter na área médica seus maiores entraves geradores de absenteísmo-doença, sendo que um percentual intermediário de 20 a 25% padece de ambos os infortúnios isoladamente, em algum momento.

Por um outro lado, no estudo da Prevalência 56 indivíduos (16,5%) não apresentaram quaisquer forma de afastamento, o mesmo acontecendo com 57 sujeitos (18,8%) na análise da Incidência, onde se verifica que, indistintamente, seja

por causa médica ou odontológica, ou ambas, no estudo retrospectivo 284 servidores (83,5%) se ausentaram do trabalho, e no período prospectivo, 247 (81,2%), caracterizando com estas taxas o Absenteísmo-doença inespecífico.

Nenhum estudo foi encontrado que classificasse os indivíduos da amostra com faltas de origem exclusivamente odontológicas ou médicas, ou ainda, em ambas as formas encontradas nos mesmos indivíduos, quando analisadas num contexto que houvesse descritas ambas as modalidades de ausências, médica e/ou odontológica.

6.10 ETIOLOGIA - CAUSA POR AFASTAMENTO MÉDICO

As patologias e estados mórbidos de etiologia médica que foram causas de afastamento e identificadas como as mais Incidentes presentes nos atestados do levantamento prospectivo, são descritas em ordem decrescente, em números absolutos e relativos, nas categorias da CID-10, acompanhadas da CID mais incidente codificada nestes atestados do grupo:

1. Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99): em 248 atestações (13,95%). CID Z76.3 – Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente: em 40 atestados (2,25%);
2. Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99): em 247 atestações (13,87%). CID M54 – Dorsalgia: em 56 atestados (3,15%);
3. Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99): em 228 atestações (12,82%). CID J00 – Nasofaringite Aguda (resfriado comum): em 31 atestados (1,74%);
4. Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99): em 153 atestações (8,62%). CID N30 – Cistite: em 20 atestados (1,13%);
5. Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99): em 131 atestações (7,41%). CID R51 – Cefaleia: em 58 atestados (3,27%);
6. Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99): em 118 atestações (6,64%). CID F41.1 – Ansiedade generalizada: em 22 atestados (1,24%).

A ausência da CID foi identificada em 111 atestados (6,24%) e a presença de CID inexistente, ou seja, codificações que não se referiam a nenhuma das existentes na CID-10, foi vista em 6 atestados (0,35%).

Anteriormente, as doenças e condições mórbidas de origem médica que causaram afastamentos e foram identificadas como as mais Prevalentes presentes nos atestados do levantamento retrospectivo, são aqui descritas em ordem decrescente, em números absolutos e relativos, nas categorias da CID-10, acompanhadas da CID mais prevalente codificada nestes atestados do grupo:

1. Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99): em 389 atestações (11%). CID J11 – Influenza devida a vírus não identificado (gripe): em 71 atestados (2,02%);
2. Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99): em 342 atestações (9,68%). CID M54 – Dorsalgia: em 63 atestados (1,78%);
3. Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99): em 285 atestações (8,05%). CID N30 – Cistite: em 31 atestados (0,87%);
4. Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99): em 200 atestações (5,64%). CID Z03 – Observação e avaliação médica por doenças e afecções suspeitas: em 32 atestados (0,91%);
5. Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99): em 161 atestações (4,56%). CID F32 – Episódios depressivos: em 33 atestados (0,93%);
6. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99): em 146 atestações (4,16%). CID A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível: em 78 atestados (2,21%).

Aqui a ausência da CID foi identificada em 1.139 atestados (32,33%) e a presença de CID inexistente, ou seja, codificações que não se referiam a nenhuma das existentes na CID-10, foi vista em 36 atestados (1,05%).

Sob uma outra ótica, as doenças que mais se manifestaram nos indivíduos da amostra, ou seja, aquelas que foram identificadas como presentes em cada um dos sujeitos de pesquisa avaliados, ao menos uma vez, em ambos os levantamentos, são descritas a seguir em ordem decrescente.

Levantamento da Incidência:

1. Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99), em 106 trabalhadores (34,9%);
2. Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99), em 96 servidores (31,6%);
3. Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99), em 91 funcionários (29,9%);
4. Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99), em 74 sujeitos (24,3%);
5. Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99), em 65 funcionários (21,4%);
6. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99), em 56 indivíduos (18,4%).

Seguindo a mesma lógica, 75 servidores (24,7%) tiveram pelo menos 1 atestado sem a CID codificada da doença que tenha ocasionado o afastamento.

Levantamento da Prevalência:

1. Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99), em 152 servidores (44,7%);
2. Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99), em 128 funcionários (37,6%);
3. Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99), em 124 sujeitos (36,5%);
4. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99), em 104 indivíduos (30,6%);
5. Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99), em 100 servidores (29,4%);
6. Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99), em 82 funcionários (24,1%).

Neste mesmo raciocínio, 123 servidores (36,2%) apresentaram ao menos 1 atestação sem a codificação da CID da doença que tenha motivado a ausência.

Da análise destas Incidências e Prevalências, obtidas dos levantamentos prospectivo e retrospectivo, fica evidente que, seja na contabilização das categorias

da CID-10 mais encontradas nos atestados, seja na manifestação destas categorias de doenças tipificadas pela CID-10 nos indivíduos da amostra, há uma constância dos grupos: (A00-B99), (J00-J99), (F00-F99), (M00-M99), (N00-N99) e (R00-R99), (Z00-Z99), que somente alternam sua posição de maior Incidência ou Prevalência entre os 6 grupos que mais foram frequentes no estudo. Há a exceção da categoria (F00-F99) que não aparece entre os 6 primeiros colocados nas análises de ocorrência nos indivíduos da amostra, mas coloca-se em 7^a. posição, com 51 (16,8%) e 8^a. posição, com 75 (22,1%) servidores nos quais se manifestaram tais patologias, nas análises da Incidência e Prevalência, respectivamente.

Um aspecto bastante interessante aponta para determinadas doenças que foram mais prevalentes e/ou incidentes, cujo diagnóstico costuma ser essencialmente clínico, onde parte-se da premissa de que “a Clínica é Soberana”, tais como a gripe (Influenza devida a vírus não identificado), o resfriado comum, a dorsalgia, cefaleia, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, ansiedade e depressão, o que implica dizer que, realizada uma propedêutica adequada, comumente dispensam exames complementares para conclusão diagnóstica. Além de que algumas delas são patologias sintomáticas, ou seja, não apresentam sinais objetivos visíveis e palpáveis, e sim, sintomas que se manifestam subjetivamente e devem ser valorizados, a exemplo da dor da cefaleia e da dorsalgia, assim como as queixas clássicas da ansiedade e depressão. Esta subjetividade diagnóstica sugere uma avaliação criteriosa nas perícias destas atestações, no sentido de se coibir fraudes e ao mesmo tempo não se cometer injustiças. Outro ponto relevante encontrado se refere as causas de afastamento relacionadas aos Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde que foram mais incidentes no segundo levantamento, mostrando situações como a CID Z76.3 (Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente) ou a Z00 (Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado), em visível maior frequência de ocorrência, que falam não somente pela subjetividade da causa, mas também pela condição de afastamento, que caracteriza situações que outrora o servidor poderia se valer de um acordo com a chefia para se ausentar, e que no presente, pela impossibilidade de diálogo e acordos, leva o indivíduo a lançar mão da forma legal de justificar sua falta, e que lhe é de direito, em que pese o reconhecimento de um destes direitos que até a bem pouco tempo era questionável, no que se refere ao abono de faltas para o acompanhamento de

familiares, recentemente regulamentado sob a forma da Lei Complementar Municipal n. 539/2014 (BRASIL, 2014a). Isto mostra mais uma vez que a impessoalidade do método de controle de frequência se converte num fator negativo a influenciar o absenteísmo por doença atestada. Já, a questão de uma menor incidência de doenças no trato respiratório, tais como a gripe devido ao vírus Influenza, identificado ou não, talvez se deva a uma maior disponibilidade atual da vacina e das campanhas de vacinação contra esta enfermidade, quando comparado aos 11 anos e 5 meses anteriormente estudados, além de uma maior conscientização da população e da instituição, pela preocupação em se imunizar e fornecer subsídios para tal, porém, muito ainda há que se fazer para melhorar o quadro de agravo à Saúde do funcionalismo, visivelmente comprometido por tal patologia. Esta observação vem ao encontro da conclusão tirada por Macedo e Queluz, em 2010, que discutem tal questão apontando que, embora a vacina seja considerada eficaz na prevenção da gripe e suas complicações, existem controvérsias sobre as vantagens do seu uso em adultos saudáveis, a despeito de haverem evidências de que 70% dos imunizados têm uma menor ocorrência da gripe e de efeitos colaterais após a vacinação, e desta avaliação positiva, apoia-se a manutenção do programa, apesar de dúvidas quanto as vantagens econômicas da vacina, sugerindo mais estudos sobre o assunto. Assim, há uma coerência nesta linha de pensamento que parece corroborar, ainda que de maneira indireta, com a veracidade das atestações encontradas nestas categorias.

Quando se analisa a categoria das doenças que não só foram as segundas colocadas no *ranking* das mais prevalentes em 11 anos e 5 meses, mas também das mais incidentes no período prospectivo analisado de 18 meses, depara-se com as Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, que remete a reflexão da necessidade de uma análise mais aprofundada da questão “ambiente de trabalho”, mormente quando a causa mais frequente em ambos os levantamentos se concentrou no fator dor, dorsalgias, dentre uma outra infinidade de patologias correlatas.

Ao analisar o montante de doenças que se manifestaram nesta população nos 2 levantamentos, expressas pela CID-10, avaliando-se somente as CIDs válidas encontradas, excetuando-se os atestados sem CID ou com CID inexistente, é possível verificar que categorias como a (Z00-Z99), a (C00-D48) e a (R00-R99), apresentaram taxas de incremento da Incidência significativamente elevadas,

75,44%, 55,14% e 44,58%, respectivamente, o que objetivamente infere num agravamento real na Saúde dos servidores nestes quesitos, por um outro lado, outros grupos como o (V01-Y98), o (S00-T98) e o (O00-O99) demonstraram um decréscimo de ocorrência acentuado, com índices mais baixos de -83,33%, -72,05% e -71,81%, respectivamente, induzindo o pensamento de que em tais pontos houve uma melhora na Saúde destes sujeitos (Tabela 118).

Tabela 118 - Incremento da Incidência das Categorias de três caracteres da CID-10 válidas encontradas

CID-10 Válidas	Levantamento Retrospectivo (P)		Levantamento Prospectivo (I)		Diferença (I – P)	Incremento Incidência (I)
Categoria CID-10	(n)	(%)	(n)	(%)	(%)	(%)
A00-B99	146	6,21	105	6,32	0,11	1,77
C00-D48	32	1,36	35	2,11	0,75	55,14
D50-D89	6	0,25	4	0,24	- 0,01	- 4,00
E00-E90	62	2,64	44	2,65	0,01	0,37
F00-F99	161	6,85	119	7,16	0,31	4,52
G00-G99	49	2,08	43	2,59	0,51	24,51
H00-H59	113	4,81	61	3,67	- 1,14	- 23,70
H60-H95	42	1,78	26	1,57	- 0,21	- 11,79
I00-I99	106	4,51	86	5,18	0,67	14,85
J00-J99	389	16,56	228	13,72	- 2,84	- 17,15
K00-K93	105	4,47	75	4,52	0,05	1,12
L00-L99	32	1,36	27	1,62	0,26	19,12
M00-M99	342	14,56	247	14,87	0,31	2,13
N00-N99	285	12,13	153	9,21	- 2,92	- 24,07
O00-O99	35	1,49	7	0,42	- 1,07	- 71,81
P00-P96	0	0	0	0	0	0
Q00-Q99	2	0,08	1	0,06	- 0,02	- 25,00
R00-R99	128	5,45	131	7,88	2,43	44,58
S00-T98	96	4,08	19	1,14	- 2,94	- 72,05
V01-Y98	17	0,72	2	0,12	- 0,6	- 83,33
Z00-Z99	200	8,51	248	14,93	6,42	75,44

Da verificação nos dois levantamentos, retrospectivo e prospectivo, do número de indivíduos das amostras válidas (340 e 304) que adoeceram por alguma patologia, ou várias, codificada ou não com a CID-10, ao menos uma vez, ou várias vezes, tem-se no período da Prevalência um mínimo de 2 servidores que apresentaram doenças do grupo (Q00-Q99) (0,6%) e um máximo de 152 que se ausentaram do trabalho por moléstias do grupo (J00-J99) (44,7%), com uma média

62,9 (18,5%), e no período da Incidência um mínimo de 1 servidor que adoeceu com patologia também do grupo (Q00-Q99) (0,3%) e um máximo de 106 (34,9%) que faltaram por condições mórbidas do grupo (Z00-Z99), com uma média 40,5 (13,32%). Avaliando a tabela 119, é possível visualizar que houve uma diminuição em números absolutos e relativos da quantidade de indivíduos que adoeceram por qualquer razão especificada ou não pela CID-10, com um incremento negativo na Incidência de praticamente todas as categorias de patologias encontradas, com índices de redução que variaram de 2,6% a 86% das taxas obtidas no levantamento da Prevalência, exceto na categoria da CID [Z] onde se aponta um incremento positivo de 18,7% da taxa da Prevalência, na taxa da Incidência, ou seja, houve um aumento dos 29,4% dos servidores da mostra da Prevalência que tiveram manifesta esta modalidade de doença, para 34,9% no período subsequente da Incidência.

Tabela 119 - Incremento da Incidência das patologias por categorias de três caracteres da CID-10 nos indivíduos da amostra

Categoria CID-10	Levantamento Retrospectivo (P)		Levantamento Prospectivo (I)		Diferença (I – P)	Incremento Incidência (I)
	(n)	(%)	(n)	(%)	(%)	(%)
A00-B99	104	30,6	56	18,4	- 12,2	- 39,87
C00-D48	22	6,5	14	4,6	- 1,9	- 29,23
D50-D89	6	1,8	3	1,0	- 0,8	- 44,44
E00-E90	36	10,6	23	7,6	- 3,0	- 28,30
F00-F99	75	22,1	51	16,8	- 5,3	- 23,98
G00-G99	39	11,5	34	11,2	- 0,3	- 2,60
H00-H59	80	23,5	43	14,1	- 9,4	- 40,00%
H60-H95	31	9,1	20	6,6	- 2,5	- 27,47
I00-I99	73	21,5	50	16,4	- 5,1	- 23,72
J00-J99	152	44,7	91	29,9	- 14,8	- 33,10
K00-K93	76	22,4	44	14,5	- 7,9	- 35,26
L00-L99	26	7,6	21	6,9	- 0,7	- 9,21
M00-M99	128	37,6	96	31,6	- 6,0	- 15,95
N00-N99	124	36,5	74	24,3	- 12,2	- 33,42
O00-O99	21	6,2	7	2,3	- 3,9	- 62,90
P00-P96	0	0	0	0	0	0
Q00-Q99	2	0,6	1	0,3	- 0,3	- 50,00
R00-R99	82	24,1	65	21,4	- 2,7	- 11,20
S00-T98	67	19,7	15	4,9	- 14,8	- 75,12
V01-Y98	17	5,0	2	0,7	- 4,3	- 86,00
Z00-Z99	100	29,4	106	34,9	5,5	18,70

(Cont. Tabela 119 - Incremento da Incidência das patologias por categorias de três caracteres da CID-10 nos indivíduos da amostra)

Categoria CID-10	Levantamento Retrospectivo (P)		Levantamento Prospectivo (I)		Diferença (I – P)	Incremento Incidência (I)
	(n)	(%)	(n)	(%)	(%)	(%)
SC - Sem CID	123	36,2	75	24,7	- 11,5	- 31,76
Média	62,9	18,5	40,5	13,32	- 5,18	- 31,12

Tais números, se analisados isoladamente e não no contexto, podem levar a um engodo, no qual se concluiria que houve uma diminuição no números de indivíduos que adoeceram de um período para o outro, portanto, uma melhora no quadro de Saúde geral destes funcionários. No entanto, tais números devem ser interpretados juntamente com os dados paradoxais que revelam um aumento substancial na quantidade de afastamentos correlacionados a estas doenças nestes servidores, que implica em se afirmar que, menos indivíduos adoeceram mais vezes, no período prospectivo. O fato é que, inegável parece ser o maior comprometimento da Saúde do servidores em questão, diante da alteração da variável “controle de frequência eletrônico biométrico”, que os números parecem indicar como sendo um método aparentemente insalubre de verificação de presença e ausências, este adotado pelo Administrador, quando correlacionam-se os resultados entre ambos os levantamentos.

Outro aspecto importante “diz respeito” aos indivíduos que apresentaram atestações sem a codificação da CID-10. Verifica-se que houve uma diminuição de aproximadamente 1/3 dos indivíduos que deixaram de apresentar atestados sem a devida codificação, do levantamento da Prevalência para o da Incidência (36,2% / 24,7%). Mais interessante ainda, é o fato de que entre um levantamento e outro, houve uma queda abrupta do número de atestados apresentados sem a inserção da CID específica que caracterizaria a doença causal do afastamento, em números relativos do montante apresentado em cada período de levantamento, de 32,33% para 6,24%, aproximadamente 5 vezes menos atestações nestas condições na Incidência que na Prevalência. No entanto, ao analisar-se os números absolutos, a razão entre os 1.139 atestados sem CID encontrados na Prevalência e os 111 da Incidência, aponta para uma redução por volta de 10 vezes na presença destes eventos, de um levantamento para o outro. Não obstante, se a média anual for

calculada, tem-se para a Prevalência, 99,73, e para a Incidência, 74 atestados sem CID, uma queda de aproximadamente 26% no montante absoluto isoladamente.

Nota-se também uma situação atípica, na qual em ambos os levantamentos foram identificadas codificações da CID-10 inexistentes, algumas que inclusive se repetiam em mais de um atestado, que sugere desconhecimento da Classificação Internacional ou falta de cuidado na codificação, por parte de quem prescreve, dada a reincidência e constância do mesmo erro.

É patente que a ausência da CID, ou a sua codificação de forma equivocada em atestações, dificulta uma análise epidemiológica apurada e precisa das condições de Saúde de uma população relacionada ao absenteísmo, quando avaliada por esta metodologia. Analisando-se na presente pesquisa o incremento da Incidência das doenças encontradas, através das codificações da CID-10 descritas nos atestados, em índices percentuais dos totais gerais obtidos em ambos os levantamentos, e não se descartando deste montante os atestados sem CID ou com ela inexistente, é visível um equívoco estatístico, que, de um levantamento para o outro, indicam taxas elevadíssimas para este incremento, mas que não passam de um viés ocasionado pela discrepância gritante do número de atestados sem CID de um levantamento em relação ao outro (Tabela 120).

Tabela 120 - Incremento da Incidência das Categorias de três caracteres da CID-10 encontradas nos totais gerais (sem exclusão das atestações sem CID)

CID-10 Total	Levantamento Retrospectivo (P)		Levantamento Prospectivo (I)		Diferença (I – P)	Incremento Incidência (I)
Categoria CID-10	(n)	(%)	(n)	(%)	(%)	(%)
A00-B99	146	4,16	105	5,93	1,77	42,54
C00-D48	32	0,95	35	1,97	1,02	107,36
D50-D89	6	0,18	4	0,24	0,06	33,33
E00-E90	62	1,74	44	2,42	0,68	39,08
F00-F99	161	4,56	119	6,64	2,08	45,61
G00-G99	49	1,4	43	2,4	1,00	71,42
H00-H59	113	3,22	61	3,41	0,19	5,90
H60-H95	42	1,18	26	1,45	0,27	22,88
I00-I99	106	3,01	86	4,81	1,80	59,80
J00-J99	389	11	228	12,82	1,82	16,50
K00-K93	105	2,98	75	4,23	1,25	41,94
L00-L99	32	0,95	27	1,56	0,61	64,21
M00-M99	342	9,68	247	13,87	4,19	43,28
N00-N99	285	8,05	153	8,62	0,57	7,08

(Cont. Tabela 120 - Incremento da Incidência das Categorias de três caracteres da CID-10 encontradas nos totais gerais (sem exclusão das atestações sem CID))

CID-10 Total	Levantamento Retrospectivo (P)		Levantamento Prospectivo (I)		Diferença (I – P)	Incremento Incidência (I)
Categoria CID-10	(n)	(%)	(n)	(%)	(%)	(%)
O00-O99	35	1,02	7	0,42	- 0,6	- 58,83
P00-P96	0	0	0	0	0	0
Q00-Q99	2	0,06	1	0,06	0	0
R00-R99	128	3,61	131	7,41	3,80	105,26
S00-T98	96	2,75	19	1,09	- 1,66	- 60,36
V01-Y98	17	0,48	2	0,11	- 0,37	- 77,08
Z00-Z99	200	5,64	248	13,95	8,31	147,34

Quando comparados os estudos retrospectivo e prospectivo, o risco relativo (RR) de solicitação de afastamento segundo as nosologias médicas, classificadas dentro das categorias de três caracteres da CID-10, e ajustado em proporções foi maior no estudo da Prevalência praticamente para todas as categorias da CID-10, e os RRs variaram de uma razão de 7,60:1 para a V01-Y98, a 1,03:1 para a G00-G99, ou seja, houve um maior risco ou tendência de desenvolvimento destas patologias no período da Prevalência que no período da Incidência, exceto para Z00-Z99 onde o RR foi maior no estudo da Incidência na razão de 0,84:1, que também implica dizer que tais condições nosológicas apresentaram um maior risco ou tendência de ocorrência durante o período da Incidência que no da Prevalência. Consequentemente a aplicação do Teste do Qui-quadrado (χ^2), notou-se significância estatística ($p < 0,05$) para as proporções de indivíduos e as patologias: A00-B9, H00-H59, J00-J99, K00-K93, N00-N99, O00-O99, S00-T98 e V01-Y98, de ambos os estudos, retrospectivo e prospectivo, ou seja, a proporção de servidores que apresentaram cada uma destas patologias no estudo da Prevalência foi estatisticamente diferente da proporção de funcionários que apresentaram as mesmas doenças médicas no estudo da Incidência, ainda, os grupos de indivíduos que tiveram estas patologias, não as tiveram na mesma proporção para ambos os períodos avaliados.

A literatura revisada corrobora as inversões nas colocações no *ranking* das de maiores ocorrências entre determinadas categorias de patologias, também identificadas aqui na mesma população estudada, entre ambos os levantamentos, retrospectivo e prospectivo. Assim, parcialmente concordantes com os achados

desta pesquisa no quesito Prevalência, Andrade et al, em 2008, encontraram resultados semelhantes com as doenças respiratórias em primeira ocorrência num índice de 35,79%, seguidas do capítulo Z00-Z99, com 30,10% e as doenças do sistema osteomuscular com 28,43%, além das doenças mentais com 16,39%. Resultados similares apontados também em outro estudo recente onde as doenças do aparelho respiratório representaram 17,72%, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo 15,61%, seguidas pelos fatores determinados no Grupo Z00–Z99 com 10,32% (HEY et al., 2013). De forma tácita, porém citando que o parâmetro utilizado foi a CID, um estudo realizado em servidores da Universidade de Ciências Médicas de Mazandaram, Irã, apontou índices de 35,5% para doenças respiratórias, 17,7% para doenças esqueléticas e 14,7% para sinais e sintomas (SARAVI et al., 2013).

Por outro lado, invertendo somente a ordem, os principais motivos de licenças médicas encontrados por Alves et al., em 2006, são doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14,68%), fatores que influenciam o estado de saúde (13,59%) e doenças do aparelho respiratório (13,32%), a exemplo do que se observou no levantamento da Incidência da pesquisa em tela.

Ainda, a doença que mais levou ao afastamento do trabalhador tanto na empresa privada, quanto na pública foi a dorsalgia, cuja CID é a M54 (MARTINS et al., 2005), endossando o achado dos autores que atribuem às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo a maior prevalência, e corroborando o presente estudo quanto a maior Prevalência e Incidência da M54, apesar de estar no Grupo [M] que em ambos os levantamentos situou-se na segunda posição da classificação das mais ocorrentes. Para Hito (2007), a sequência decrescente de causas médicas de afastamento foi de 24,2% - grupo [M], 18,99% - grupo [Z] e 16,66% - grupo [J], os mesmos grupos da Incidência aqui encontrados, porém numa sequência de maiores ocorrências invertida. Nesta mesma linha de achados, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 22,99% foram as mais prevalentes, seguidas dos transtornos mentais e comportamentais com 15,38% e das doenças do aparelho respiratório com 13,81% (SILVA et al., 2008). Seguindo esta tendência, estudo em trabalhadores da indústria de movelaria apontou como causas médicas justificativas das ausências os grupos: “M” com 17%, “J” com 13,3%, e “R” com 11,2%, onde de um universo de 943 atestações, 618, ou seja, 65,5% não apresentavam a CID da patologia justificante da falta (MACEDO;

QUELUZ, 2010), que a exemplo do estudo em tela, em ambos os levantamentos, deixa uma interrogação quanto à possibilidade de viés na interpretação dos dados coletados e analisados. Da mesma forma, Ferreira et al. (2011), encontraram para as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, 23,22%, seguidas pelas doenças oftalmológicas com 8,06%. Noutro estudo, os achados apontam para uma maior prevalência das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 21,7%, seguida das doenças do aparelho digestivo com 11,9% e das doenças do aparelho respiratório com 11,0% (OENNING et al., 2012). Similarmente, Pinheiro, em 2012, também encontrou nas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo a maior prevalência com 30%, seguidas dos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde com 24,1% e dos transtornos mentais e comportamentais com 11,2%. Indo ao encontro destes achados, uma pesquisa realizada na Prefeitura de Guarulhos – SP, encontrou também no Grupo “M”, a maior prevalência para as doenças de origem médica com 17,2%, seguidas das patologias do Grupo “J”, com 13,20% e do Grupo “K” originárias da medicina com 11,80%, muito embora nesta classificação geral, indistintamente se doença médica ou odontológica, as doenças de origem odontológica ocupassem a 2ª posição neste *ranking*, com 17% de prevalência, somente sendo ligeiramente menos frequente que as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Grupo “M”) (BOMFIM et al., 2013). Recentemente, corroborando em alguns aspectos esta linha de achados, um estudo realizado em trabalhadores de enfermagem apontou como patologias mais prevalentes, decrescentemente, as do “sistema musculoesquelético”, com 13,5%, os “procedimentos oftalmológicos”, com 2,8% e os “transtornos mentais” com 2,1%, também com um elevado índice de ausência da CID nas atestações, com 56%, que certamente compromete a análise epidemiológica real à qual o absenteísmo é diretamente dependente (DISSEN et al., 2014).

No entanto, Estevan (2009), apurou percentuais de 15,63% para o grupo “F”, 13,88% para o grupo “J” e 11,11% para o grupo “M”, estando o Grupo “K” na quarta colocação com 9,83%, sendo este último um grupo da CID que agrega tanto códigos referentes à área médica, quanto odontológica, apesar da proposta do trabalho ser a análise de ambas as condições, não houve distinção ou diferenciação por parte do pesquisador, fato que cria um viés no entendimento e interpretação fidedigna dos dados levantados. Nesta linha de achados, onde as codificações do grupo “F” da

CID predominaram, Santos e Mattos, em 2010, encontraram o maior índice percentual, 39,59%, para os transtornos mentais (F00-F99), seguidos dos códigos Z00-Z99, com 15,34% e das doenças do sistema osteomuscular com 9,93%, além da CID não ser identificada em 11,7% das licenças. Invertendo-se somente a ordem, pelas quantidades relativas encontradas, Cunha (2007), atribuiu aos transtornos mentais e comportamentais, 25,30%, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, 20,54%, e para os Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde, 15,16%. Concordantes em parte com estes autores, Cruz et al. (2011) encontraram um percentual de 30,8% para os Transtornos Mentais do Grupo F da CID. Também se encontrou a sequência de maior prevalência para os transtornos mentais e comportamentais, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, e as lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, como as patologias que geraram o maior quantidade de dias perdidos em afastamentos (MARGRHRF; SILVA, 2010). Resultado similar, foi encontrado em estudo de 2 anos, onde os índices relativos de maior prevalência de patologias, em cada ano respectivamente, foi descrito da seguinte forma: transtornos mentais e comportamentais com 22,7 e 19,9%, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 22,7 e 18,2%, e lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas com 10,5 e 17,7% (DIMARZIO, 2011). Concordantes, Leão et al. (2011), também encontraram os transtornos mentais e comportamentais, e, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo como as mais prevalentes na sua amostragem para estudo do absenteísmo, porém não citam valores relativos ou absolutos. De forma fragmentada, Fakihi et al. (2012), atribuíram 78,9% aos transtornos mentais e comportamentais, como associados às ausências do trabalho pelo benefício auxílio – doença; já, para as ausências por Faltas Justificadas, em períodos inferiores a 15 dias, encontraram 14,5% para as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, 13,5% para os transtornos mentais e comportamentais e 11,2% para as doenças do aparelho respiratório; proporcionalmente às CIDs identificáveis, houve uma alta taxa de atestados sem a CID especificada, 14,1%, similarmente aos exemplos do estudo em tela, menor que o índice da Prevalência, porém maior que o da Incidência. Quanto ao Grupo [F], no presente estudo foi verificado que a sua posição no *ranking* de maiores atestações e CID-10 ficou em 5º. lugar na Prevalência e 6º. na Incidência, muito embora com um aumento da sua incidência na

ordem de 4,52% das taxas das CIDs válidas encontradas. Já, nos indivíduos da amostra houve uma queda de 22,1% para 16,8% dos servidores que apresentaram tais morbidades, do levantamento retrospectivo para o prospectivo, embora as colocações no *ranking* classificatório também estejam invertidas, 8ª. e 7ª. posição, respectivamente, apontando para a condição de que menos indivíduos se adoeceram mais destas modalidades de enfermidades.

Sem apontar uma classificação segundo a CID-10, o ambulatório de validação de atestados médicos por adoecimento de uma empresa de teleatendimento, identificou 27 motivos de adoecimento no período estudado de 30 dias, sendo que os mais frequentes foram conjuntivite (30,30%), traumas e fraturas (10,61%), e cirurgias (9,09%), dados estes, incongruentes com os da presente pesquisa. A ausência do diagnóstico foi detectada em 10,6% dos atestados. Uma observação interessante foi de que houve desacordo entre queixa relatada pelo paciente na avaliação clínica ocupacional e diagnóstico descrito no atestado em 7,6% das situações analisadas, o que põe em xeque a lisura destas atestações, ou ainda pode sugerir um equívoco no momento da codificação por parte de quem a prescreveu, corroborando a ideia aqui posta nesta Tese de que perícias médicas e odontológicas são fortemente recomendadas como medida de validação ou glosa destes atestados, no intuito de se coibir fraudes, porém sem injustiças. No entanto, a terça parte dos trabalhadores (33%) associou seu adoecimento ao ambiente de trabalho, e as sugestões mais frequentes para melhoria das condições de trabalho foram: melhorar o controle da temperatura (12,1%), melhorar a higiene do posto de trabalho (10,6%) e reduzir a carga de trabalho (10,6%) (BALASTEGHIN et al., 2014). Esta última asserção verificada qualitativamente através do uso de questionário e de sugestões decorrentes dele, aponta para o comprometimento da Saúde do trabalhador relacionado ao ambiente de trabalho, similarmente ao que parece ser demonstrado quantitativamente na presente pesquisa quanto ao ambiente de trabalho ter sofrido variação no tocante ao controle de frequência que possa da mesma forma ter influenciado negativamente a qualidade de Saúde destes funcionários envolvidos.

6.11 CAUSA POR AFASTAMENTO ODONTOLÓGICO

Para este item do trabalho em questão foram computados e analisados somente as CIDs de origem odontológica, elencando o código, ou seja, a classificação, a sua descrição ou definição, e as suas respectivas ocorrências quantificadas de forma absoluta e relativa, tanto no levantamento retrospectivo para estudo da Prevalência, quanto no prospectivo para a análise da Incidência.

Assim, na análise da Incidência, a soma de todas as atestações encontradas apontou 187 condições patológicas bem definidas pela sua CID ou indeterminadas pela ausência desta. Dentre as patologias determinadas isolada e objetivamente, as 6 de maior incidência foram atribuídas em ordem decrescente a:

1. K04.1: Necrose da polpa, em 12 atestados (6,42%);
2. K05: Gengivite e doenças periodontais, em 10 atestados (5,34%);
3. K02.9: Cárie dentária, sem outra especificação, em 9 atestados (4,81%);
K04.0: Pulpite, em 9 atestados (4,81%);
K08: Outros transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação, em 9 atestados (4,81%);
4. K04: Doença da polpa e dos tecidos periapicais, em 8 atestados (4,28%).

Preponderou a condição de indeterminação da patologia atestada, caracterizada pela ausência da CID no Atestado, ou qualquer outra forma de anotação que pudesse identificar o motivo do afastamento, com 67 notações, representando 35,82% das atestações exclusivamente odontológicas.

Além disto, neste contexto de atestação odontológica analisado no estudo da Incidência, além das esperadas codificações com CIDs de Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93), foram encontradas também CIDs referentes aos Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99), codificados em 9 atestados, 4,82%.

Anteriormente, no estudo da Prevalência, a soma de todos os eventos encontrados foi de 337 condições patológicas bem definidas pela sua CID ou indeterminadas pela ausência desta. Dentre as patologias determinadas isolada e objetivamente, as 6 de maior prevalência foram atribuídas em ordem decrescente de ocorrência a:

1. K01.0: Dentes Inclusos, em 29 atestados (8,61%);

2. K02: Cárie Dentária, em 18 atestados (5,34%);
  3. K04: Doença da polpa e dos tecidos periapicais, em 16 atestados (4,75%);
  4. K05: Gengivite e doenças periodontais, em 14 atestados (4,15%);
  5. K04.0: Pulpite, em 9 atestados (2,67%);
- K08: Outros transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação, em 9 atestados (2,67%).

Aqui também preponderou a condição de indeterminação da patologia atestada, caracterizada pela ausência da CID no Atestado, ou qualquer outra forma de anotação que pudesse identificar o motivo do afastamento, com 147 notações, representando 43,62% das atestações odontológicas exclusivas.

E mais, neste universo de atestação odontológica, além das esperadas codificações com CIDs de Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93), foram encontradas também Neoplasias (Tumores) – (C00-D48) com a soma de 13 eventos, 3,86%, a Fratura dos ossos malares e maxilares (CID S02.4) do grupo das Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98) esteve presente em 3 casos, 0,89%, e os Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99) foram determinados em 4 atestados, 1,19%.

Uma questão importante a ser apontada é a objetividade dos diagnósticos encontrados na área odontológica, ou seja, são condições, na sua maioria, ricas em sinais visíveis e palpáveis, que dispensam conjecturas propedêuticas subjetivas que se pautam muitas vezes única e exclusivamente em sintomas, a despeito de que tais subjetividades são perfeitamente plausíveis também aqui, haja vista a dor, e suas variantes, como por exemplo, sintoma patognomônico da pulpite, e em outras diferentes afecções de origem odontológica. Muito embora, aqui também a soberania clínica do diagnóstico deva imperar, exames complementares, na sua maioria de imagem, podem dificultar ou mesmo inviabilizar toda e qualquer sorte de fraudes em atestações. Para tanto, **perícias ou auditorias da alçada exclusivamente odontológica** são imperativas na detecção de eventos desta natureza, sob pena de que se realizada por profissional médico, tais intervenções periciais sejam tipificadas como ilegais, configurando crime, de acordo com o Código Penal (CP) (BRASIL, 1940), pelo exercício ilegal da profissão “*Odontologia*”, por

exceder os limites legais do exercício profissional regulamentado, de cada uma das profissões, pelas suas respectivas Leis.

Isto porque, a Medicina, regulamentada pela Lei 12.842/2013, do “*Ato Médico*” (BRASIL, 2013), confere no seu Art. 4º, dentre as atividades privativas do médico:

XII - realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;

E no Art. 5º, como sendo privativo do médico:

II - perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

No entanto, a mesma Lei da Medicina, no mesmo Art. 4º, que atribui as atividades privativas do médico, aponta um parágrafo excludente de efeito do teor do *caput*:

§ 6º O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.

Por conseguinte, obviamente quem regula esta questão na Odontologia, é a Lei 5.081/1966, que regulamenta o exercício profissional do cirurgião-dentista no Brasil (BRASIL, 1966), e que no seu Art. 6º, confere as competências do odontólogo, dentre elas:

IV - proceder à perícia odontolegal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa;

Portanto, muito mais que lógico e evidente, é que cada uma das profissões tem sua área de atuação e suas atribuições muito bem definidas por Lei, e o que resta concluir é: “**médicos periciam atos médicos, odontólogos periciam atos odontológicos**”, simples assim, sob pena de invasão da área de atuação profissional pertinente a cada uma destas profissões, que caracteriza claramente ato de **exceder os limites legais do exercício profissional**, seja para o médico, seja para o cirurgião-dentista, configurando crime, como disposto Art. 282 do CP:

Exercer, ainda que a título gratuito, **a profissão de médico, dentista** ou farmacêutico, sem autorização legal ou **excedendo-lhe os limites** *(original sem destaques)*:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime é praticado com o fim de lucro, aplica-se também multa.

Assim, não se trata só de uma questão Ética e de característica normativa o respeito aos limites de atuação de cada profissão, Médica ou Odontológica, e sim de uma questão Legal e de Direito. O desrespeito a estes limites configura uma ação que infringe leis já estabelecidas, e isto tem preço. Não se fala somente em punições administrativas de infrações éticas, e sim de sanções legais na esfera criminal, quiçá civil, como possíveis desdobramentos para tal delito e transgressão de Direito. Destarte, tanto os profissionais da Medicina, como os da Odontologia, que atuam nesta seara, assim como também as Instituições que promovem perícias e auditorias, devem estar em alerta, vigilantes a este pormenor que sérias consequências e profundos dissabores podem acarretar, não só profissionalmente, como institucionalmente. Como há milênios já rezam as Escrituras Sagradas e uma das premissas do Direito Romano: “Dai a César o que é de César...” e “*Dura lex, sed lex*”, atribua-se então a quem de direito o ato que lhe compete, pois a lei é dura, porém é a lei. Portanto, cumpra-se.

Numa análise das patologias mais prevalentes e incidentes do estudo em tela, fica claro e notório que doenças relacionadas à Atenção Primária e Básica à Saúde Bucal, foram as mais ocorrentes. Isto remete a uma reflexão acerca das deficiências das políticas de atenção primária à saúde bucal dos trabalhadores e como as mesmas vêm sendo desenvolvidas, principalmente no que tange a sua eficácia e efetividade, em que pese o fato de que a origem da cárie e doenças periodontais e seu cursar e desdobramentos, verificados nas suas diversas modalidades de ocorrência, encontra-se em um ponto comum e primordial, o biofilme bacteriano ou placa bacteriana, quesito conceitual primitivo intimamente relacionado aos aspectos preventivos da Odontologia, que parecem continuar sendo negligenciados, ou sem ter a atenção devida e merecida para uma promoção da saúde bucal eficaz e efetiva dentro do setor laboral. Na contramão, no levantamento preliminar da Prevalência, e posteriormente na Incidência, ainda que em menor proporção, a presença marcante de atestações determinadas por patologias como a retenção dentária, dentes inclusos e impactados, implica no entendimento de que procedimentos de maior complexidade, focados em especialidades, também vêm ganhando espaço neste cenário de atenção secundária.

Ao se analisar a variação percentual das doenças odontológicas através das categorias da CID-10 de três caracteres válidas encontradas, excluindo-se deste universo as atestações sem a CID codificada, entre os dois levantamentos

realizados, retrospectivo e prospectivo, é possível identificar algumas patologias que estiveram presentes em um, mas não no outro. Percebe-se também uma maior taxa no incremento da Incidência de algumas patologias, como as do grupos K04 (Doença da polpa e dos tecidos periapicais) e K08 (Outros transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação), em detrimento da redução de outras como as dos grupos K01 (Dentes inclusos e impactados) e K05 (Gengivite e doenças periodontais), além das restantes que ora aumentaram, ora reduziram em menor proporção. Isto evidencia uma piora nos agravos relacionados à atenção primária à saúde bucal, nos aspectos relacionados aos problemas endodônticos e de perdas dentárias, a despeito de uma aparente redução em afecções periodontais e outras de origem relacionadas aos dentes retidos, estes últimos que na avaliação da prevalência foram as causas para afastamentos odontológicos mais evidentes isoladamente (Tabela 121).

Tabela 121 - Incremento da Incidência das CIDs Válidas das categorias de três caracteres da CID-10 para causa por afastamento odontológico

Categoria CID-10	Levantamento Retrospectivo (P)		Levantamento Prospectivo (I)		Incremento Incidência CID-Válidas
	CID - Válidas (%)	CID - Total (%)	CID - Válidas (%)	CID - Total (%)	[I - P] (%)
K01	17,37	9,79	8,34	5,34	- 9,03
K02	14,73	8,31	16,67	10,69	1,94
K03	0,53	0,3	0,83	0,54	0,30
K04	20,00	11,28	29,17	18,71	9,17
K05	16,84	9,49	10,83	6,97	- 6,01
K06	0,53	0,3	0,83	0,54	0,30
K07	4,21	2,37	6,67	4,28	2,46
K08	10,00	5,63	15,00	9,61	5,00
K10	3,68	2,08	2,50	1,61	- 1,18
K11	0	0	1,67	1,07	1,67
K12	1,05	0,59	0	0	- 1,05
K13	0,53	0,3	0	0	- 0,53
D10	3,68	2,08	0	0	- 3,68
D16	1,05	0,59	0	0	- 1,05
D22	2,11	1,19	0	0	- 2,11
S02	1,58	0,89	0	0	- 1,58
Z46	0	0	0,83	0,54	0,83
Z54	1,58	0,89	0,83	0,54	- 0,75
Z76	0	0	2,50	1,61	2,50

(Cont. Tabela 121 - Incremento da Incidência das CIDs Válidas das categorias de três caracteres da CID-10 para causa por afastamento odontológico)

Categoria CID-10	Levantamento Retrospectivo (P)		Levantamento Prospectivo (I)		Incremento Incidência CID-Válidas
	CID - Válidas (%)	CID – Total (%)	CID - Válidas (%)	CID – Total (%)	[I – P] (%)
Z96	0,53	0,3	3,33	2,13	2,80
SC	0	43,62	0	35,82	0
Total	100	100	100	100	0

Nesta mesma vertente, porém sob uma outra ótica, agrupando-se as categorias de três caracteres da CID-10, no estudo prospectivo onde se analisou a Incidência, as categorias de 3 caracteres mais incidentes em ordem decrescente foram:

1. K04: Doença da polpa e dos tecidos periapicais, com 35 codificações (18,71%);
2. K02 : Cárie dentária, com 20 eventos (10,69%);
3. K08: Outros transtornos dos dentes e estruturas de sustentação, com 18 atestados (9,61%);
4. K05: Gengivite e doenças periodontais, com 13 atestações (6,97%);
5. K01: Dentes inclusos e impactados, com 10 atestados (5,34%).

E mais, nesta mesma linha de raciocínio, no estudo retrospectivo onde se avaliou a Prevalência, as categorias mais prevalentes foram em ordem decrescente:

1. K04: Doença da polpa e dos tecidos periapicais, com 38 codificações (11,28%);
2. K01: Dentes inclusos e impactados, com 33 atestações (9,79%);
3. K05: Gengivite e doenças periodontais, com 32 atestados (9,49%);
4. K02: Cárie dentária, com 28 eventos (8,31%);
5. K08: Outros transtornos dos dentes e estruturas de sustentação, com 19 codificações (5,63%).

É possível constatar uma alternância das mesmas categorias de patologias mais prevalentes e mais incidentes, em ambos os levantamentos, que somente mudam a sua colocação no *ranking* das mais ocorrentes, sem ceder lugar a qualquer outra dentre as cinco mais frequentemente encontradas neste estudo. Nota-se que nesta condição, a categoria K04: Doença da polpa e dos tecidos

periapicais, mantém-se em primeiro lugar no *ranking*, seja como mais prevalente ou incidente. Já, a categoria K01: Dentes inclusos e impactados, que fora a segunda mais prevalente, passa a ser a 5ª. colocada na classificação das mais incidentes.

Quando confrontados os resultados obtidos nos levantamentos retrospectivo e prospectivo, quanto aos atestados sem a CID-10 codificada, é possível verificar uma queda das quantias aferidas na Prevalência em relação ao montante visto na Incidência, de 147 atestações (43,62%), para 67 (35,82%), uma diminuição de 7,8% relativos às somatórias registradas de cada levantamento. Portanto, é patente ainda uma alta taxa para esta condição também na avaliação da Incidência, que imputa um risco de viés na interpretação dos dados e análise epidemiológica dos fatores ligados à doença relacionados ao absenteísmo odontológico, tanto no presente estudo, como em qualquer outro que padeça do mesmo vício.

Quando comparados os estudos retrospectivo e prospectivo, o risco relativo (RR) de solicitação de afastamento segundo as nosologias odontológicas, classificadas dentro das categorias de três caracteres da CID-10, e ajustado em proporções foi maior no estudo da Prevalência para: K01, K02, K04, K05, K08, K10 e Z54, e os RRs variaram de uma razão de 4,47:1 para a K10, a 1,07:1 para a K08, ou seja, houve um maior risco ou tendência de desenvolvimento destas patologias no período da Prevalência que no período da Incidência. Já, o RR foi maior no estudo da Incidência para: K03, K06, K07 e Z96, com RR na razão de 0,89:1, que também implica dizer que tais doenças apresentaram um maior risco ou tendência de ocorrência durante o período da Incidência que no da Prevalência. Consequentemente a aplicação do Teste do Qui-quadrado (χ^2), notou-se ausência de significância estatística ($p > 0,05$) para as proporções de indivíduos e todas as patologias identificadas, de ambos os estudos, retrospectivo e prospectivo, ou seja, a proporção de servidores que apresentaram cada uma das patologias identificadas no estudo da Prevalência não foi estatisticamente diferente da proporção de funcionários que apresentaram as mesmas doenças odontológicas no estudo da Incidência, ainda, os grupos de indivíduos que tiveram praticamente as mesmas patologias, as tiveram praticamente na mesma proporção, em ambos os períodos avaliados.

Fato posto, com outros achados ora divergentes, ora concordantes, com o presente estudo, principalmente na ordem das condições patológicas mais prevalentes, outras pesquisas foram revisadas. Desta forma, noutra pesquisa onde

as causas de afastamento foram classificadas por grupo nosológico segundo a CID-10, os principais motivos de afastamento no período estudado foram, pela ordem de prevalência: 1) exodontias por via alveolar (24,94%); 2) doenças da polpa e tecidos periapicais (17,81%); 3) doenças periodontais (10,75%); 4) transtornos das articulações temporomandibulares (ATMs) (7,8%); 5) exodontias de inclusos ou impactados (6,88%); 6) cirurgia para instalação de pilares implantodônticos (6,27%); 7) provas e ajustamentos de prótese(s) (3,13%); 8) transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes (2,46%); e 9) enxerto de osso (2,21%) (MAZILLI, 2004). Nesta mesma tendência, as patologias bucais que deram causa ao absenteísmo dos trabalhadores foram, em 1º lugar, a necessidade de exodontia com 69 ocorrências (87,3%); em 2º lugar, dor de origem dentária com seis ocorrências (7,6%); e em 3º doença gengival (5,1%) (CARVALHO et al., 2007). No mesmo ano, Hito (2007) encontrou na CID K08 uma taxa de 84,85% dos registros nos atestados odontológicos levantados. As principais doenças especificadas pela CID-10 para essas ausências foram, decrescentemente: K08.1 (perdas dentárias por acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas), 40,9%; Z96.5 (presença de raiz dentária e implantes mandibulares), 10,9%, e K06.9 (transtorno da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, sem outra especificação), 9,1% (CRUZ et al., 2013). Muito embora o estudo realizado numa empresa de teleatendimento tenha tido foco no absenteísmo-doença, sem distinguir modalidades de afastamento médico ou odontológico, e também sem apontar a CID das respectivas patologias encontradas, apurou-se um percentual de 4,55% do total de ausências ao trabalho atribuídas às extrações dentárias, sendo a 4ª causa mais prevalente do total de ausências por doença, seja médica ou odontológica (BALASTEGHIN et al., 2014). Com esta exata conotação, no mesmo ano, outro estudo realizado com colaboradores da enfermagem, também avaliou da mesma forma o absenteísmo-doença, sem distinguir modalidades de afastamento médico ou odontológico, e também sem apontar a CID das respectivas patologias encontradas, apurando um índice de 4,3% do total de ausências ao trabalho atribuídas às razões odontológicas, porém sem apontar objetivamente quais as causas prevalentemente encontradas, no entanto fazendo referência na discussão às extrações dentárias quanto à necessidade de afastamento por mais tempo, dado ao edema e dor decorrente do procedimento, além de atribuir aos “tratamentos odontológicos” a 2ª causa mais prevalente, do total de ausências por doença, seja médica ou odontológica, encontrada na pesquisa

(DISSEN et al., 2014). Um ponto comum destes trabalhos revistos foi a alta frequência encontrada da maior prevalência para a K08 – Outros transtornos dos dentes e estruturas de sustentação, que no presente estudo saiu da 5ª. para a 3ª. colocação, do levantamento da Prevalência para o da Incidência. Cumpre salientar que praticamente todas as outras patologias descritas também foram encontradas na presente pesquisa, apesar de que, noutros índices e classificações ou noutras conotações.

Já, estudo que avaliou o absenteísmo odontológico na cidade de Guarulhos – SP, encontrou nas CIDs de K04 a K04.8, a sua maior prevalência, atribuída às doenças da polpa e dos tecidos periapicais, com 36,85%, seguidos dos K01 a K01.9, referentes aos dentes inclusos e impactados, com 17,24%, e dos K08 a K08.9 que foram consignados às extrações por via alveolar e problemas periodontais, com 17% (BOMFIM et al., 2013). Tais resultados corroboram os encontrados no estudo em tela, que indica também maior prevalência e incidência para as afecções do grupo [K04], e atribui altas taxas de prevalência e incidência também para os grupos [K01] e [K08], dentre as 5 mais ocorrentes em ambos os levantamentos.

Com outra forma de classificação e apresentação, além de achados diferentes dos obtidos no presente estudo, que utilizou metodologia diversa, Coelho et al. (2010), relatam que as causas de absenteísmo odontológico encontradas foram: consulta regular para tratamento com 20%, seguida de doença gengival com 4%, confecção de prótese com 2%, consulta para prevenção e exodontia com 1% em cada caso.

Para Martins et al. (2005), a ausência do Código Internacional de Doenças (CID) na quase totalidade dos atestados odontológicos encontrados em sua pesquisa pode ser a razão para o pequeno peso percentual representativo destas atestações odontológicas, pois os atestados médicos e odontológicos são os únicos instrumentos legais capazes de abonar as faltas ao trabalho, por motivo de doença, e assegurar o pagamento dos respectivos salários, desde que apresentem a codificação da enfermidade (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão- CID10), conforme especificado por Acórdão do Tribunal Superior do Trabalho (TST) (BRASIL, 1999b) e corroborado mais recentemente por Acórdão do Tribunal Regional do Trabalho (TRT) (BRASIL, 2012a). Não obstante haja jurisprudência que aparentemente sugira um conflito para este entendimento, posto que a não aplicação da obrigatoriedade da inclusão da

CID nos atestados para determinadas situações, seja apontada especificamente para a justificativa de ausência a audiências de instrução na própria Justiça do Trabalho (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011). Os mesmos autores referem também que 64,4% dos dentistas indicam no atestado o ato praticado, o que sugeriria o desconhecimento do segredo profissional, ou da CID, que foi estabelecida para que os profissionais da área de saúde pudessem se comunicar sem descrever o tratamento realizado, não quebrando, assim, o sigilo profissional. Acreditam ainda que muitas empresas não acatam a lei 6.215 que possibilita ao cirurgião-dentista “atestar no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive para justificação de faltas no emprego”, apenas aceitando o atestado odontológico no caso de urgências, como extrações e abscessos. Afirmando que o empregado pode até conhecer este direito, mas aceita, sem reclamar, a recusa do atestado pela possibilidade de perder o emprego ou de ter sua remuneração descontada.

Tais afirmações parecem corroborar parcialmente com o encontrado no presente estudo, muito embora concorde-se que se deva aplicar aqui, tanto para a atestação, quanto para a codificação da CID, os preceitos estabelecidos no Decreto 27.048/1949 (BRASIL, 1949a) que aprova o regulamento da Lei 605/1949 (BRASIL, 1949b) e, nas Resoluções CFM 1.658/2002 e 1.851/2008 (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008b), respectivamente, afim de que se cumpra o estabelecido na legislação e normativas, e não se cogite a quebra de confidencialidade e sigilo profissional (SALES PERES et al., 2008), consequentemente não contrariando suas regras e determinações, e nem se expondo às suas possíveis sanções nas esferas penal (BRASIL, 1940; BRASIL, 1941), civil (BRASIL, 1973; BRASIL, 2002) e administrativa (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2012b), decorrentes desta inobservância, mesmo com a recomendação jurisprudencial preconizada de utilização da CID, conforme apontam os julgados do TST e TRT (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2012a). No que tange as referidas leis e as normativas, parece lícito compreender que a prerrogativa de aceitação, ou não, do atestado médico ou odontológico é do perito da empresa empregadora (BRASIL, 1949a; BRASIL, 1949b), portanto seria de bom tom que o diagnóstico, preferencialmente codificado, fosse incluído neste documento legal para que se evitassem possíveis contestações ou mesmo recusa deste (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2012a), porém, mais que justa e necessária, se faz a anuência dos pacientes ou seus responsáveis, maiores interessados neste ato de atestação, quanto à inclusão deste diagnóstico, codificado ou explicitado (BRASIL, 2002;

BRASIL, 2008b), eximindo assim, totalmente e sem dúvidas que possam pairar, o profissional de qualquer responsabilidade que possa lhe ser imputada por interpretação, quiçá equivocada, que sugira quebra de confidencialidade e sigilo profissional (SALES PERES et al., 2008). No presente estudo não foi verificado por parte da Instituição contratante, Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo, quaisquer restrição, resistência ou empecilhos quanto à aceitação dos atestados odontológicos ou médicos, seja com o diagnóstico codificado com a CID ou expresso por escrito, ou mesmo sem ele, exceto nos casos de afastamento por auxílio-doença ou acidente de trabalho, onde por força normativa se faz obrigatório, para fins de perícia médica, também obrigatória (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008b), apesar da instrução jurisprudencial existente determinar a necessidade da inclusão da CID de forma inespecífica em todos os atestados com finalidades trabalhistas (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2012a).

E mais, parece que o cirurgião-dentista supostamente não só desconhece a CID e aspectos relevantes da confidencialidade, e do sigilo profissional, além de suas consequências administrativas e jurídicas, como também a legislação e normativas que regem a atestação médico – odontológica, constatação esta inferida pela massiva quantidade de atestações encontradas sem a CID, em 43,62% e 35,82% dos atestados nos levantamentos retrospectivo e prospectivo, respectivamente, além de alguns casos com a explicitação objetiva do diagnóstico no atestado, ou mesmo quando codificado, sem a concordância expressa do paciente ou responsável por este. Tal desconhecimento ou desatualização de conceitos também podem ser presumidos por atestações encontradas ainda sendo codificadas com a CID-9, revogada a partir da implantação da CID-10 no Brasil em 1º de janeiro de 1996, portanto há praticamente duas décadas (GRASSI; LAURENTI, 1998). Semelhante discrepância de entendimento também pode ser notada no estudo de Macedo e Queluz (2010), no qual a coleta de dados apontou uma CID descrita como “K-525-8”, inexistente em ambas as classificações, seja na 9ª ou na 10ª, fato que remeteu aos autores a possibilidade de descrição da patologia como sendo o que a CID-9 designava com o código 525, “outras doenças e transtornos dos dentes e estruturas de suporte”, ou talvez, pudesse ser o código 525-8, hoje descrito na CID-10 como K08.8, “outros transtornos específicos dos dentes e da estrutura de sustentação”, portanto, fica uma pontual interrogação. Além disto, esta “CID” foi a única encontrada na pesquisa para as causas odontológicas

dos afastamentos. *Estas colocações apontam para uma necessidade emergente de se repensar a abordagem deste tema nos cursos de graduação e pós-graduação de Odontologia, e por que não dizer, também nos de Medicina.* O fato é que, esta constatação do mesmo problema na área médica também pôde ser aferida no presente estudo, onde no período retrospectivo foram contabilizados 1.139 atestados sem a CID (32,33%) e 36 atestados com CID inexistente (1,05%), a despeito de uma redução visível destes montantes e índices no levantamento prospectivo, no qual foram identificados 111 atestações sem a CID (6,24%) e 6 atestações com CID inexistente (0,35%), parecendo indicar que, muito embora na Medicina tal situação também tenha sido verificada, subsequentemente cursou aparentemente em expressiva redução, não obstante na média anual tal diminuição pareça não existir, no entanto, na Odontologia parece continuar sendo ainda um problema mais visceral e persistente, ao se extrapolar tais resultados isolados desta pesquisa, de uma forma mais genérica, na hipótese de inferências à outras populações.

Seguindo com os mesmos autores, Martins et al. (2005), afirmam que o capítulo XI do CID agrupa todas as doenças do aparelho digestivo (K00- K93), sendo os agrupamentos “K00-K14” referentes às doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares, e que esses são os agrupamentos de responsabilidade do cirurgião-dentista, não existindo a possibilidade da utilização de uma CID médica para designar uma doença odontológica. A presente pesquisa discorda em parte desta afirmação, uma vez que foi possível encontrar outras CIDs de outros agrupamentos, e nada obsta a utilização destas, além das do grupo “K”, desde que aplicados dentro do âmbito de atuação da odontologia e suas especialidades. Esta afirmação é corroborada por Cruz et al. (2013) que também têm este mesmo entendimento.

Outros autores em seu trabalho afirmam que entre os atestados estudados, 22,9% não apresentaram codificação segundo a CID; 7,1% apresentaram codificação segundo a CID-9 e 3,3%, segundo a CID-OE, e codificação segundo a CID-10 foi apresentada em 66,7% dos atestados (TOGNA et al., 2011). Tais resultados são parcialmente concordantes, pela proximidade numérica de algumas taxas, com os encontrados no presente estudo, que embora também tenha verificado outras codificações que não a da CID-10, estas pouco significaram no montante e foram consideradas como ausência desta, apontando para 43,62% de

ausência da CID-10, conseqüentemente, 56,38% da sua presença nos atestados aqui investigados.

Sob outro aspecto, ainda Togna et al. (2011), explicam que na sua pesquisa as codificações foram distribuídas em cinco capítulos da CID-10: Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo (n=209); Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (n=27); Capítulo XIX – Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (n=2); Capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (n=1); e Capítulo XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade (n=1). Os principais motivos de afastamento, por ordem de prevalência, foram: exodontias; cirurgia para instalação de implantes; transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes; exodontias de dentes impactados; transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação; doenças da polpa e dos tecidos periapicais (pulpite); doenças da polpa e dos tecidos periapicais (abscesso periapical sem fístula). Concorde com o presente estudo quanto a concomitância da maioria das patologias também encontradas, embora não na mesma ordem da Prevalência ou da Incidência, pois diverge quanto a maior prevalência da patologia encontrada, atribuindo esta às exodontias, a despeito de apontar-se aqui para Prevalência esta condição para os dentes retidos ou inclusos (K01.0) e para Incidência, a K04.1 (Necrose da polpa), isoladamente, ou a categoria de três caracteres K04 (Doença da polpa e dos tecidos periapicais) em ambos levantamentos, tais situações encontrados naquela pesquisa na 4ª. e 6ª. colocação no *ranking* de prevalências por eles encontrados. Ademais, também convergem no crédito das mesmas possibilidades de codificações pela CID-10 que não se restrinjam somente ao capítulo das doenças do aparelho digestivo (“K”).

Na análise do absenteísmo devido à dor orofacial, outra pesquisa indica que 10,5% dos indivíduos da amostra referiram ter se ausentado do trabalho com atestação odontológica por esta razão (JAAFAR et al., 1989). Corroborado por outro estudo, onde se observou que 11,6% dos trabalhadores com queixa de dor precisou faltar ao trabalho também por este motivo (LACERDA et al., 2011). Já, para Miotto et al. (2012), o absenteísmo encontrado por dor dentária foi de 23,4%. No entanto, noutra amostra no ano seguinte, evidenciaram uma prevalência apenas de 12,7% para o absenteísmo, também com origem na dor de dente (MIOTTO et al., 2013). No presente estudo não foi possível identificar objetivamente a dor como um fator

causal direto relacionado ao absenteísmo odontológico, muito embora muitas das CIDs levantadas apontem para condições altamente sugestivas de associação da ausência ao trabalho com a dor, como é caso de patologias atestadas com a CID-10 da categoria K04 (Doenças da polpa e dos tecidos periapicais) e da subcategoria K07.6 (Transtornos da articulação temporomandibular), a despeito de que outras patologias verificadas também são capazes e suficientes, na sua maioria, de desencadear quadros álgicos que impliquem em afastamento do indivíduo acometido.

Num estudo focado exclusivamente na análise de afastamentos por causas médicas, Licenças Médicas (LM), onde o absenteísmo odontológico não fora considerado de forma clara, para os grupos de doenças com maior frequência de episódios, o detalhamento dos códigos da CID-10 revelou que dentre as doenças do aparelho digestivo (K00-K93), a segunda maior frequência de ocorrência com 303 eventos (11,9%), a maioria dos diagnósticos foi classificada nos subgrupos de causas odontológicas, apontando 161 eventos, ou seja, 53,1% do montante deste grupo K00-K93, porém sem especificar de forma objetiva se estes afastamentos foram originados de atestações odontológicas ou médicas, tampouco identifica quais doenças de âmbito odontológico foram as mais prevalentes (OENNING et al., 2012). A essência destes resultados e a forma pela qual foram descritos e interpretados, ratificam a importância do estudo em tela que na mesma pesquisa aborda tanto o absenteísmo médico, quanto o odontológico, no mesmo patamar de relevância, individualizando e correlacionando ambas as situações de maneira igualitária, evitando interpretações equivocadas e vieses nas evidências apontadas.

6.12 CAUSA DE AFASTAMENTO POR ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Neste tópico discute-se uma modalidade de atestação peculiar, na qual o interessado pelo atestado não é o doente e sim o acompanhante. Desta forma, na presente pesquisa foram registrados exclusivamente os afastamentos cuja motivação foi o acompanhamento de familiares por ocasião de doença, especificado descritivamente nos atestados de forma direta e objetiva ou por intermédio da notação da CID-10 específica para tal evento, a Z76.3 - Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente. Foi possível identificar que 43 servidores se

ausentaram de suas funções laborativas habituais nesta circunstância, todos eles por razão médica e nenhum por motivo odontológico, com 90 eventos dos quais 24 apresentavam a CID Z76.3 anotada no atestado e nas restantes 66 atestações se especificava descritivamente de forma direta a causa do acompanhamento do doente, representando um percentual de 12,6%, oscilando desde uma única falta, 7,6%, até 14 ausências, 0,3%, desta somatória total percentual, no período do levantamento retrospectivo. Já, durante o período prospectivo, apontou-se 19 servidores nesta mesma situação, que apresentaram 40 atestados com a Z76.3 codificada como justificativa médica do acompanhamento do doente e 3 funcionários, com 3 atestações com ela também codificada por razão odontológica, num total de 22 trabalhadores com 43 eventos (7,24%), variando de uma única atestação (4,28%), até 10 atestados (0,33%) apresentados pelo mesmo indivíduo com esta justificativa. No levantamento da Incidência não se verificou nenhum atestado que tenha descrito no seu corpo o motivo do afastamento por acompanhamento de forma objetiva e direta, sendo em todos exclusivamente apontada a CID Z76.3 notada no documento.

Pôde-se notar no presente estudo que a empregadora em questão, Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo, considerou como legítima a justificativa do afastamento do servidor para o acompanhamento do familiar doente, abonando sua falta e não atribuindo desconto na remuneração em tais eventos, a despeito da não obrigatoriedade de fazê-lo, que estaria fundamentada na ausência de legislação ou normativa específica que regulamente tal situação, porém, por mera liberalidade, não o fez, visto não haver também nenhum acordo sindical que lhe obrigasse. E vai além, recentemente, mais precisamente em 08 de outubro de 2014, esta condição de afastamento foi legalizada na esfera municipal em voga, ao ser sancionada e promulgada Lei Complementar, que entrará em vigor em 2015, que regulamenta esta questão (BRASIL, 2014a). Essa condição não foi passível de ser observada na literatura pesquisada, onde pudesse se evidenciar com clareza se o atestado somente justificou, ou se também abonou a falta do empregado.

Na análise comparativa entre os dois levantamentos, retrospectivo e prospectivo, é possível identificar um aumento expressivo desta modalidade de afastamento. Aproximadamente a metade do número de servidores que se utilizaram deste subterfúgio para se ausentarem do trabalho no levantamento da Prevalência foram contabilizados no levantamento da Incidência (43:22),

computando também cerca de metade dos eventos registrados na Prevalência, na Incidência (90:43), em períodos respectivos de levantamentos de 11 anos e 5 meses e 1 ano e 6 meses. Infere-se uma média anual para estas condições de 3,76 servidores que se afastaram por esta razão e 7,88 eventos para o período da Prevalência, e 14,66 funcionários na mesma condição e 28,66 eventos para o período da Incidência. Portanto, na média anual, houve um aumento de 389,9% no número de indivíduos que necessitaram desta forma de justificativa, e um aumento de 363,71% no montante de eventos desta natureza.

Outra consideração de extrema relevância a ser feita no que tange esta condição singular de afastamento e a sua exponencial maior incidência aferida, é o fato de que se pode perfeitamente associar tais condições às situações que outrora o servidor poderia se valer de acordos, de compensação ou reposição de horas ou dias perdidos, com a sua chefia imediata para poder se ausentar naquele momento, e que na atual circunstância, pela impossibilidade de diálogo e acordos, levaria o indivíduo a lançar mão da forma legal da justificativa da sua falta, e que lhe é aparentemente de direito, a despeito das controvérsias já elucidadas deste tema, não obstante tal condição num futuro próximo não mais gerará dúvidas, quando da entrada em vigor de Lei Municipal pertinente ao tema, como já apontado, para esta população especificamente. No entanto, o que é fato palpável atualmente mostra mais uma vez que a impessoalidade e formalidade do método de controle de frequência eletrônico, ora imposto pela instituição, se converte num fator negativo a influenciar o absenteísmo por doença aqui atestada de uma forma abismal. Por um outro lado, os referidos acordos pontuais e individuais, quando realizados, a exemplo dos “bancos” de horas/dias, que permitem não só compensação de trabalho perdido, com débito destes períodos, mas também com a possibilidade da realização de horas/dias extras, e estes serem creditados em favor do funcionário, poderiam beneficiar de forma justa ambas as partes, sem prejuízo para a empresa e prestigiando o servidor, além de proporcionar um ambiente de trabalho mais prazeroso, valorizando e respeitando o indivíduo, mormente em momentos de vulnerabilidade marcados pela doença em família.

Ao se revisar a literatura neste aspecto, observa-se nesta mesma tendência, Ferreira et al. (2011), que encontraram 36 atestações de acompanhamento familiar, numa taxa percentual de 11,61%, contra 12,6% da Prevalência e 7,4% da Incidência do presente estudo.

Já, Andrade et al. (2008) com índices percentuais mais elevados, encontraram 64 afastamentos por motivo de acompanhamento familiar, 21,40%, com média de 12,1 e desvio padrão de 14,1, num período de 2 anos e oito meses de levantamento.

Por outro lado, alguns autores parecem não valorizar, ou mesmo não atribuir a possibilidade do afastamento para acompanhamento familiar, quando da análise do absenteísmo-doença, na medida em que se verificou claramente este quesito como um critério de exclusão para pesquisa de Dissen et al. (2014), muito embora tal dado seja certamente relevante.

6.13 PERÍODO TOTAL DE AFASTAMENTO EM DIAS

Neste item de capital importância discute-se o impacto da somatória de todos os dias perdidos verificados em todas as condições de afastamento. Assim, o resultado da soma de todas as modalidades de afastamento ou ausência ao trabalho, tanto médico, como odontológico, seja afastamento por falta justificada, auxílio – doença ou auxílio – acidente / acidente de trabalho, foi computado em dias perdidos de trabalho, onde no período prospectivo do levantamento da Incidência houve uma perda total de 10.563 dias, oscilando desde nenhum dia, até 548 dias perdidos pelo mesmo servidor, tempo este que compreende o mesmo período total de 18 meses (548 dias) de análise do levantamento, com uma média de 34,75 e desvio padrão de 92,51, enquanto que no estudo anterior da Prevalência, os resultados obtidos foram de uma perda total de 35.110 dias, oscilando desde nenhum dia, até 1.936 dias perdidos pelo mesmo funcionário, com uma média de 103,25 e desvio padrão de 257,89.

Com estes dados é possível constatar uma razão de quase um terço dos dias perdidos do levantamento retrospectivo de 11 anos e 5 meses, no período subsequente prospectivo de 1 ano e 6 meses (35.110:10.563), ou melhor, na análise da Incidência encontrou-se 30,08% dos dias perdidos encontrados na avaliação da Prevalência. A média anual de dias perdidos foi de 7.042 na Incidência, contra 3.074,43 na Prevalência, ou seja, 2,29 vezes (229,05%) superior no levantamento prospectivo quando comparado ao retrospectivo.

Assim, o **Índice de Gravidade (IG)**, ou seja, a relação entre o número de dias perdidos e o número de empregados, que determina o número de dias perdidos por empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 36,08 para o levantamento da Prevalência e de 10,85 para a Incidência, com **Índice de Gravidade Médio** no período de um ano (**IGM**) de 3,16 e 7,23, respectivamente.

Já, a **Duração Média das Ausências (DMA)**, ou seja, a relação entre o número de dias perdidos e o número de períodos de afastamentos (ausências), que determina o número de dias perdidos por evento de afastamento em média (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 9,09 para o levantamento da Prevalência e de 5,55 para a Incidência.

Noutra pesquisa desenvolvida para a análise do absenteísmo médico e odontológico, em um período de seis meses, de janeiro a junho de 2002, o número de dias perdidos em empresa pública, com 3.490 servidores, e privada, com 656 funcionários, contabilizou um montante de 5.002 e 704, relacionados a 1.311 e 331 afastamentos, respectivamente (MARTINS et al., 2005). Portanto, um Índice de Gravidade (IG) de 1,43 e 1,07 em um período de 6 meses, com média anual inferida (IGM) de 2,86 e 2,14, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 3,82 e 2,13, nas empresas pública e privada, respectivamente, a serem comparados com os IG da Prevalência de 36,08 (IGM: 3,16) e da Incidência de 10,85 (IGM: 7,23), e as DMA da Prevalência de 9,09 e da Incidência de 5,55, do presente estudo.

Contando com uma força de trabalho de 2.500 servidores, sendo 1.080 profissionais de enfermagem, 650 da área médica, 200 auxiliares administrativos e 570 serviços de apoio num hospital público, especializado em atendimentos de urgência e emergência pertencente à Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), um levantamento estatístico encontrou um total de 13.128 dias de afastamentos em 1.103 licenças médicas destes trabalhadores por motivos de doença no período de um ano (ALVES et al., 2006). Portanto, um Índice de Gravidade (IG) de 5,25, com a mesma média anual (IGM) de 5,25, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 11,9, a serem comparados com os IG da Prevalência de 36,08 (IGM: 3,16) e da Incidência de 10,85 (IGM: 7,23), e as DMA da Prevalência de 9,09 e da Incidência de 5,55, do presente estudo.

Cunha (2007) avaliando o absenteísmo de um quadro de 11.189 funcionários, que apresentaram 40.370 afastamentos, encontrou um número alarmante de 1.197.809 dias de ausência do trabalho, num intervalo de tempo de 10

anos (1995 a 2005). Isto indica um Índice de Gravidade (IG) de 107,05, com a média anual (IGM) de 10,7, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 29,67, a serem comparados com os IG da Prevalência de 36,08 (IGM: 3,16) e da Incidência de 10,85 (IGM: 7,23), e as DMA da Prevalência de 9,09 e da Incidência de 5,55, da presente pesquisa.

Num período de 2 anos e 8 meses, de um quadro funcional de 22.046 servidores, uma mostra de 400 indivíduos apresentou 824 afastamentos que somaram 9.219 dias perdidos (ANDRADE et al., 2008). Assim, aponta-se um Índice de Gravidade (IG) de 0,42, com média anual (IGM) de 0,16, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 11,19, a serem comparados com os IG da Prevalência de 36,08 (IGM: 3,16) e da Incidência de 10,85 (IGM: 7,23), e as DMA da Prevalência de 9,09 e da Incidência de 5,55, do estudo em tela.

Numa população média de 7.428 funcionários, em 6 anos de levantamento, foram identificados 302.893 dias de trabalho perdidos por razão de tratamento de saúde em 6.445 afastamentos (SILVA et al., 2008). Sendo possível indicar um Índice de Gravidade (IG) de 40,77, com média anual (IGM) de 6,79, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 46,99, a serem comparados com os IG da Prevalência de 36,08 (IGM: 3,16) e da Incidência de 10,85 (IGM: 7,23), e as DMA da Prevalência de 9,09 e da Incidência de 5,55, da pesquisa em pauta.

A análise de um grupo de 60 profissionais da área odontológica, onde 32 eram cirurgiões-dentistas (CD) e 28 eram Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), por um período de 3 anos, identificando de maneira geral e inespecífica, 864 afastamentos, com um montante total de 1.355 dias de trabalho perdido (ESTEVAN, 2009). Identifica-se um Índice de Gravidade (IG) de 22,58, com média anual (IGM) de 7,52, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 1,56, a serem comparados com os IG da Prevalência de 36,08 (IGM: 3,16) e da Incidência de 10,85 (IGM: 7,23), e as DMA da Prevalência de 9,09 e da Incidência de 5,55, da pesquisa em tela.

De um quadro com 32.447 funcionários da Prefeitura Municipal de Curitiba no ano de 2009, 17.826 servidores registaram 61.874 afastamentos com 444.957 dias perdidos nestas Licenças para Tratamento de Saúde (MARGRHRF; SILVA, 2010). Assim, tem-se um Índice de Gravidade (IG) de 13,71, com a mesma média anual (IGM) de 13,71, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 7,19, a serem comparados com os IG da Prevalência de 36,08 (IGM: 3,16) e da Incidência de

10,85 (IGM: 7,23), e as DMA da Prevalência de 9,09 e da Incidência de 5,55, da presente pesquisa.

No mesmo ano, uma pesquisa em uma indústria de móveis que avaliou de um universo de 170 funcionários, uma amostra de 111 (65,2%), por um período de 4 anos (2005 a 2008), encontrou 943 atestados médicos e odontológicos, que determinaram uma perda de 887,3 dias de trabalho (MACEDO; QUELUZ, 2010). Desta maneira, aferiu-se um Índice de Gravidade (IG) de 5,21, com média anual (IGM) de 1,3, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 0,94, a serem confrontados com os IG da Prevalência de 36,08 (IGM: 3,16) e da Incidência de 10,85 (IGM: 7,23), e as DMA da Prevalência de 9,09 e da Incidência de 5,55, do presente estudo.

Leão et al. (2011), encontraram 40.578 afastamentos em 14.484 servidores estatutários do Município de Goiânia no período de 2005 a 2010 (6 anos), de um quadro funcional médio anual de 20.611 indivíduos, que geraram 944.722 dias de ausência. Logo, um Índice de Gravidade (IG) de 45,83, com média anual (IGM) de 7,63, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 23,28, a serem confrontados com os IG da Prevalência de 36,08 (IGM: 3,16) e da Incidência de 10,85 (IGM: 7,23), e as DMA da Prevalência de 9,09 e da Incidência de 5,55, desta pesquisa.

Pesquisa na qual 542 de 782 sujeitos, num período de estudo de 3 anos, apresentaram 2.546 ausências, apontou um total de 15.897 dias perdidos por motivo de doença (OENNIG et al., 2012). Sendo assim, um Índice de Gravidade (IG) de 20,32, com média anual (IGM) de 6,77, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 6,24, a serem confrontados com os IG da Prevalência de 36,08 (IGM: 3,16) e da Incidência de 10,85 (IGM: 7,23), e as DMA da Prevalência de 9,09 e da Incidência de 5,55, deste estudo.

Mesmo com uma padronização de índices para a análise e interpretação dos resultados, e confronto com o que a literatura demonstra, é possível verificar uma heterogeneidade que dificulta inferências do presente estudo com os revisados, e até mesmo destes entre si, muito embora se possa traçar individualmente paralelos de semelhanças e diferenças claramente visíveis. O que fica patente é a real discrepância entre os resultados aferidos, nos levantamentos retrospectivo e prospectivo, em números absolutos e relativos, e em Índices e Razões validadas, que demonstram uma disparidade abissal, indicando um crescente aumento destes quesitos relacionados à quantidade total de dias perdidos de trabalho

correlacionados à doença, em que pese a característica do elevado nível de evidência científica aqui atribuída nesta análise de Incidência. Em vista disto, tal condição corrobora dados anteriores analisados sob esta mesma ótica, que induz fortemente ao pensamento de que uma possível insalubridade da metodologia eletrônica de controle de frequência adotada para o funcionalismo público municipal da presente pesquisa possa realmente ser fato concreto e consumado.

6.14 FREQUÊNCIA DOS AFASTAMENTOS EM DIAS

Este quesito reveste-se de um significado que marca de forma característica o absenteísmo, e certamente poderia ser mais um Índice incorporado em estudos desta natureza, pois assim como a Duração Média das Ausências (DMA) aponta quanto tempo em dias, em média, perdura um afastamento, a Frequência dos Afastamentos indica de quantos em quantos dias registra-se uma ausência. Este dado pode direcionar à uma análise, interpretação e conclusão de contextos de absenteísmo de maior ou menor severidade, nos quais servidores solicitam com maior ou menor frequência afastamentos por motivo de doença, que podem caracterizar abuso desta prerrogativa ou mesmo um agravo à Saúde destes trabalhadores. Por conseguinte, a razão entre o tempo total de serviço do servidor em dias no período do levantamento e a sua quantidade total de afastamentos computada neste mesmo período, definiu de quantos em quantos dias, em média, houve uma modalidade qualquer de ausência ao trabalho, mostrando à cada quantos dias, em média, o funcionário apresentava um atestado que justificasse a sua ausência por um dia ou um determinado período de dias, média esta, calculada, de 143,52 dias com desvio padrão de 171,75, oscilando de zero a 548 dias (18 meses), ou seja, o período total do levantamento prospectivo da Incidência, dado este também calculado no estudo anterior da Prevalência, que apontou média de 460,85 dias com desvio padrão de 736,76, oscilando de zero a 4.165 dias (11 anos e 5 meses), ou seja, o período total do levantamento retrospectivo da Prevalência.

A despeito da sua importância, não se encontrou na literatura nenhum estudo que atribuisse este elemento ao rol de dados coletados e analisados.

No entanto, uma comparação entre os levantamentos retrospectivo e prospectivo em tela, demonstram uma diminuição do tempo entre uma solicitação de

afastamento e outra, do período retrospectivo para o prospectivo, passando o servidor a solicitar afastamentos a cada 143,52 dias, quando anteriormente o fazia a cada 460,85 dias, em média, definindo desta forma uma maior frequência de afastamentos no período da Incidência, quando confrontado com o da Prevalência, numa escala 3,21 vezes maior (321,1%). Nota-se que o conceito de “frequência de afastamento” varia de maneira inversa com a quantidade mensurada de dias entre um evento e outro, ou seja, quanto menor o tempo, maior a frequência.

Por fim, mais este parâmetro analisado parece ratificar o raciocínio que leva a correlacionar uma piora dos agravos à Saúde do funcionalismo estudado, mediante a aparentemente única variável que alterou de um levantamento epidemiológico para o outro, nesta análise do absenteísmo, ou seja, o método do controle de frequências e ausências. A menos que um descomedimento no uso da prerrogativa da solicitação de atestações médica e odontológica tenha sido utilizado pelo servidor, que em tese seria ilegal e criminoso, ainda que firmado e endossado por profissionais das áreas de Saúde e pela Instituição Federal da Previdência Social (INSS), o que não aparenta ser provável.

6.15 NÚMERO DE AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS

Neste e nos tópicos a seguir, as Quantidades de Afastamentos já analisadas no conjunto, serão separadas nas suas modalidades entre Afastamentos Odontológicos e Médicos, em suas somatórias numéricas e quanto aos dias perdidos correlacionados à estes eventos. Assim, o número de afastamentos exclusivamente odontológicos foi computado, atingindo a soma total de 186 eventos, com uma média de 0,61 faltas por indivíduo, com desvio padrão de 1,77, variando entre nenhum até 16 afastamentos do mesmo servidor, em números relativos, 9,78%, durante o período prospectivo do levantamento da Incidência, enquanto que no levantamento retrospectivo da Prevalência foi encontrado um total de 337 eventos, com uma média de 0,99 ausências por indivíduo, com desvio padrão de 3,09, variando entre nenhum até 32 afastamentos do mesmo funcionário, em números relativos, 8,73%.

Confrontando-se os resultados prospectivos com os retrospectivos, evidencia-se que a Incidência do número de afastamentos odontológicos foi maior

que a metade (55,2%) da somatória das mesmas ocorrências verificadas durante o período investigativo da Prevalência, muito embora quantificada num período 7,61 vezes menor (13,13%), 18 : 137 meses (1 ano e 6 meses contra 11 anos e 5 meses), que determina uma média de 124 afastamentos por ano no período prospectivo, contra 29,51 no retrospectivo, ou seja, houve uma Incidência média anual 4,2 vezes maior (420%) que a Prevalência média anual encontrada. O **Índice de Frequência (IF)**, ou seja, a relação entre o número de períodos de afastamento (o número de ausências) e o número de empregados, que determina o número de faltas por empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 0,34 para o levantamento da Prevalência e de 0,19 para a Incidência, com **Índice de Frequência Médio** no período de uma ano (**IFM**) de 0,03 e 0,13, respectivamente.

O absenteísmo odontológico foi estudado na Prefeitura Municipal de São José dos Campos, por meio de 701 atestados odontológicos emitidos nos anos de 1981, 1982, 1983 e 1984, porém não se refere nenhum outro dado específico destes afastamentos (DIACOV; LIMA, 1988). Consecutivamente, de uma forma comparativa entre amostras distintas, o absenteísmo odontológico foi estudado, tanto na Prefeitura Municipal de São José dos Campos, por meio de 701 atestados odontológicos, como em amostragem obtida do INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social – Regional de São José dos Campos, através de 1.073 atestações odontológicas, num total de 1.774 afastamentos, porém também não se refere nenhum outro dado específico destes eventos (LIMA, 2001). Da mesma maneira que os trabalhos anteriores, também não houve referência neste ao quadro do funcionalismo, e a empresa utilizada para coleta de dados foi a Unidade de Negócios Fábrica de Rações da Cooperativa Central de Produtores Rurais de Minas Gerais, a qual possuía dados arquivados, no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), sobre todos os atestados odontológicos emitidos durante os anos de 2002 ao 1º semestre de 2006, que totalizaram 79 atestados, porém nenhum outro dado pertinente a esta amostragem foi referido (CARVALHO et al., 2007). Comparações e induções ficam prejudicadas nesta circunstância, até mesmo pela impossibilidade mínima do cálculo de Índices básicos para confrontos com os resultados da pesquisa em tela.

Já, os dados utilizados noutra investigação foram obtidos junto ao Departamento Médico da Secretaria Municipal da Administração de São Paulo, correspondentes ao período de 4 anos, de dezembro de 1996 a dezembro de 2000,

e contabilizaram 1.628 afastamentos odontológicos, de um quadro geral de 115.564 servidores (MAZILLI, 2004). Indutivamente, o Índice de Frequência (IF) foi de 0,014, com média anual (IFM) de 0,0035, a serem confrontados com os IF da Prevalência de 0,34 (IFM: 0,03) e da Incidência de 0,19 (IFM: 0,13), do presente estudo.

Em estudo executado em uma indústria frigorífica do Paraná, por Hito (2007), atribuiu-se aos 3.842 funcionários, um total de 132 atestações odontológicas, que implicou num percentual de somente 1,51% do total de atestados levantados, no período de um ano, 2005. Desta forma, o Índice de Frequência (IF) foi de 0,03, com a mesma média anual (IFM) de 0,03, a serem comparados com os IF da Prevalência de 0,34 (IFM: 0,03) e da Incidência de 0,19 (IFM: 0,13), da presente investigação.

Nesta mesma linha de pensamento, foi realizado um estudo transversal de dados secundários obtidos a partir de uma pesquisa com preenchimento de questionário, em arquivos de uma empresa agropecuária, cujo quadro de funcionários contava com 1.189 colaboradores, sobre os atestados odontológicos e médicos emitidos no período de 7 anos, de 2000 a 2006, dos quais 324 eram odontológicos (COELHO et al., 2010). Portanto, o Índice de Frequência (IF) foi de 0,27, com média anual (IFM) de 0,04, a serem confrontados com os IF da Prevalência de 0,34 (IFM: 0,03) e da Incidência de 0,19 (IFM: 0,13), da investigação em tela.

Em estudo realizado por Togna et al., em 2011, em um serviço público federal do Estado de São Paulo, de janeiro de 2008 a dezembro de 2009 (2 anos), existiam 3.518 servidores ativos em dezembro de 2009: 1.753 da capital e 1.765 de outros 37 municípios, dos quais foram analisadas 240 solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico (105 de 2008 e 135 de 2009). Consequentemente, o Índice de Frequência (IF) foi de 0,068, com média anual (IFM) de 0,034, a serem comparados com os IF da Prevalência de 0,34 (IFM: 0,03) e da Incidência de 0,19 (IFM: 0,13), da investigação em pauta.

Os atestados odontológicos tiveram pouco peso sobre o total de atestados, apenas 64 eventos, tanto na empresa pública (3,3%), quanto na privada (6,3%), em números absolutos, 43 e 21, respectivamente (MARTINS et al., 2005). Seguindo esta tendência, Hito (2007) encontrou 132 atestações odontológicas, em números absolutos, que percentualmente significavam apenas 1,51% do total de atestados levantados. Subsequentemente, Estevan, em 2009, apurou somente 37 atestados odontológicos, que percentualmente representavam 4,28% do montante total das

atestações pesquisadas. De forma similar, em números absolutos e relativos, Ferreira et al, (2011), encontraram num estudo inespecífico para o absenteísmo, seja médico ou odontológico, 10 atestações com CID odontológica, sem porém identificá-las, num universo de 250 atestações, com uma taxa de 4%. Noutro estudo que também não diferenciou absenteísmo médico do odontológico, porém os comparou percentualmente, 4,55% das faltas tiveram origem em doenças odontológicas (BALASTEGHIN et al., 2014). De maneira idêntica, no mesmo ano, foi encontrado para o absenteísmo odontológico o índice de 4,3% (DISSEN et al., 2014). Por outro lado, Macedo e Queluz (2010), encontraram num total de 943 atestações médicas e odontológicas, 168 de cunho odontológico, com um índice percentual além dos frequentemente encontrados, 17,8%. Esta outra tendência para resultados mais elevados, também pôde ser observada em estudo com o funcionalismo municipal da cidade paulista de Guarulhos, onde 17% das atestações, 1.015 atestados, foram prescritos pela odontologia, dos 5.969 atestados apresentados (BOMFIM et al., 2013). Tais dados relativos são corroborados parcialmente com os encontrados no estudo em pauta, também apontando baixos índices e estando aproximadamente na média dos extremos encontrados (1,51% e 17,8%), apontando 9,78%, durante o período prospectivo do levantamento da Incidência e 8,73%, no levantamento retrospectivo da Prevalência, quando comparados ao conjunto total do absenteísmo médico e odontológico.

Ainda, foram encontrados 508 afastamentos do trabalho, no período de março de 2010 a março de 2013, na Unidade SIASS/UFBA, que corresponderam a: I. 366 afastamentos por atestados de curta duração, sendo 67 (18,16%) em 2010, 143 (38,76%) em 2011, 130 (35,23%) em 2012 e 26 (7,05%) no primeiro trimestre de 2013; II. 142 afastamentos por Perícia Oficial Odontológica, sendo 1 (0,69%) concedida em 2010, 33 (23,08%) em 2011, 75 (53,15%) em 2012 e 33 (23,08%) no primeiro trimestre de 2013 (CRUZ et al., 2013). Porém, não se especificam ou se definem o que sejam “afastamentos por atestados de curta duração” e “Perícia Oficial Odontológica”, tampouco citam o universo ou quadro do funcionalismo existente avaliado na pesquisa, o que dificulta o entendimento e inviabiliza comparações com o estudo em tela, pela impossibilidade do cálculo de Índices inferenciais.

6.16 DIAS PERDIDOS POR AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS

Este dado complementa o anterior, visto que atribui o impacto das ausências em perdas de dias de trabalho, sendo possível o cálculo de Índices e Razões com as quais se pode não só aferir, mas também comparar situações similares, com a finalidade do entendimento para o planejamento de medidas estratégicas que visem possíveis soluções para o problema. Desta forma, na presente investigação a soma de todos os dias perdidos por ausências de cunho odontológico atingiu a casa dos 279 dias, com média de 0,92 e desvio padrão de 3,23, oscilando entre nenhum e 41 dias perdidos pelo mesmo indivíduo, no levantamento da Incidência, a serem comparados com os mesmos dados obtidos na análise da Prevalência, que apontaram um total de 425 dias, com média de 1,25 e desvio padrão de 3,78, variando entre nenhum e 32 dias perdidos pelo mesmo servidor.

Quando comparados com o total de dias perdidos no total de todos os afastamentos, no levantamento da Prevalência tem-se uma relação de 425 / 35.110 dias, ou seja, os dias perdidos por causa odontológica representam 1,21% do total, e no levantamento prospectivo, a relação de 279 / 10.563 dias implica numa taxa de 2,64% do total encontrado.

Na análise destes dados verifica-se uma razão de quase dois terços dos dias perdidos do levantamento retrospectivo de 11 anos e 5 meses, no período subsequente prospectivo de 1 ano e 6 meses (425:279), ou melhor, na avaliação da Incidência encontrou-se 65,65% dos dias perdidos encontrados no levantamento da Prevalência. A média anual de dias perdidos foi de 186 na Incidência, contrapostos aos 37,2 na Prevalência, ou seja, 5 vezes (500%) maior no levantamento prospectivo quando comparado ao retrospectivo.

Destarte, o **Índice de Gravidade (IG)**, ou seja, a relação entre o número de dias perdidos e o número de empregados, que determina o número de dias perdidos por empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 0,44 para o levantamento da Prevalência e de 0,29 para a Incidência, com **Índice de Gravidade Médio** no período de um ano (**IGM**) de 0,039 e 0,19, respectivamente.

Quanto a **Duração Média das Ausências (DMA)**, ou seja, a relação entre o número de dias perdidos e o número de períodos de afastamentos (ausências), que determina o número de dias perdidos por evento de afastamento em média (QUICK;

LAPERTOSA, 1982), foi de 1,26 para o levantamento da Prevalência e de 1,5 para a Incidência.

Na busca de comparações ou parâmetros estabelecidos na literatura, outros estudos foram avaliados. Assim, Reisine, em 1985, de acordo com o *United States National Health Interview Survey* de 1984, relatou que 4,87 milhões de problemas odontológicos resultaram em 17,7 milhões de dias de restrição de atividade, e em 6,73 milhões de dias de indivíduos acamados, e 7,05 milhões de dias de trabalho perdidos, porém não pontua o universo populacional avaliado. Similarmente, em 1992, Gift et al. citaram em seu trabalho, que em 1989, o resultado de um levantamento nacional (EUA) apontou 164 milhões de horas de trabalho perdidas anualmente por indivíduos empregados, como consequência de suas visitas ao dentista por problemas odontológicos, e este volume de horas perdidas de trabalho representa aproximadamente 148.000 horas perdidas por 100.000 indivíduos empregados. Não há referência a números que contabilizem os eventos de afastamentos ou os dias perdidos de trabalho do cômputo destas horas referidas. Desta maneira, comparações e inferências com o presente estudo, através da utilização de Índices ou Razões, ficam prejudicadas.

Noutra pesquisa, a soma total de dias de afastamento de cunho odontológico foi de 8.850, ocasionados por 1.628 eventos, de um quadro funcional de 115.564 servidores, em um período de 4 anos (MAZILLI, 2004). Portanto, um Índice de Gravidade (IG) de 0,08, com média anual (IGM) de 0,02, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 5,44, a serem comparados com os IG da Prevalência de 0,44 (IGM: 0,04) e da Incidência de 0,29 (IGM: 0,19), e as DMA da Prevalência de 1,26 e da Incidência de 1,5, do presente estudo.

Para o estudo de Togna et al. (2005), 240 afastamentos odontológicos totalizaram 482 dias perdidos de trabalho, no período de 2 anos, em um quadro de funcionários de 3.518 indivíduos. Portanto, um Índice de Gravidade (IG) de 0,14, com média anual (IGM) de 0,07, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 2,01, a serem comparados com os IG da Prevalência de 0,44 (IGM: 0,04) e da Incidência de 0,29 (IGM: 0,19), e as DMA da Prevalência de 1,26 e da Incidência de 1,5, da presente investigação.

A soma das ausências de procedência odontológica, da empresa pública e privada, que totalizavam em ambas 4.146 funcionários, foi de 64, que levaram o trabalhador a afastar-se do labor por um total de 89 dias, num período de 6 meses

(MARTINS et al., 2005). Logo, um Índice de Gravidade (IG) de 0,02, com média anual (IGM) projetada de 0,04, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 1,39, a serem comparados com os IG da Prevalência de 0,44 (IGM: 0,04) e da Incidência de 0,29 (IGM: 0,19), e as DMA da Prevalência de 1,26 e da Incidência de 1,5, da pesquisa em tela.

Um estudo realizado na Prefeitura de Guarulhos – SP, avaliou um quadro de funcionários com 15.625 servidores, num período de 1 ano (2007), onde foram contabilizadas 1.015 atestações odontológicas especificamente de faltas justificadas com até 15 dias de ausência que refletiram em 1.572 dias de trabalho perdidos (BOMFIM et al., 2013). Sendo assim, um Índice de Gravidade (IG) de 0,10, com a mesma média anual (IGM) de 0,10, e uma Duração Média das Ausências (DMA) de 1,55, a serem comparados com os IG da Prevalência de 0,44 (IGM: 0,04) e da Incidência de 0,29 (IGM: 0,19), e as DMA da Prevalência de 1,26 e da Incidência de 1,5, do estudo em pauta.

A análise dos resultados da pesquisa de Cruz et al., em 2013, mostrou que os 142 afastamentos por Perícia totalizaram 933 dias de afastamento do trabalho no período estudado, uma média de 6,6 dias por afastamento. Comparações do Índice de Gravidade (IG), ficaram prejudicadas, uma vez que o quadro de funcionalismo que gerou os afastamentos e seus respectivos dias de trabalho perdidos, não é citado. No entanto, a Duração Média das Ausências (DMA) de 6,57, pode ser comparada com as DMA da Prevalência de 1,26 e da Incidência de 1,5, do presente estudo.

Neste ponto, também a óbvia falta de homogeneidade dos resultados encontrados na literatura dificulta comparações globais e mais genéricas, mesmo dos Índices e Razões, sendo o confronto destes dados melhor visualizados quando realizados de forma pontual e individual. No entanto, é possível verificar que, seja no presente estudo, seja nos revisados, tanto a quantidade de ausências odontológicas, quanto os seus dias perdidos por servidor, ao longo dos períodos estudados, como também a duração destes afastamentos, apresentam valores relativamente mais baixos, quando comparados ao impacto das condições gerais de Saúde encontradas aqui, na somatória de todos os eventos, médico e odontológicos, em ambos os levantamentos.

Assim sendo, da análise deste tópico e do anterior, que relaciona as ausências odontológicas e os dias perdidos à elas imputados, é possível vislumbrar

que o quadro geral de Saúde agravado do funcionalismo, nas atuais circunstâncias, tem nas moléstias de origem odontológica, um peso relativamente importante, com incidências a maior na ordem de 420% para a faltas e 500% para os dias perdidos, apesar de no geral representarem pouco menos de 10% do total de todos eventos médicos e odontológicos registrados, e menos de 3% do total de dias perdidos por estes motivos. Portanto, os resultados do crescente absenteísmo odontológico encontrado reforça a ideia de que não só o quadro de Saúde geral do servidor público do município estudado está afetado, mas individualmente, a Saúde Bucal também, com a atual conjuntura avaliada das condições e ambiente de trabalho.

6.17 NÚMERO DE AFASTAMENTOS MÉDICOS

Analogamente ao realizado para o quesito “número de afastamentos odontológicos”, verificou-se que o número de afastamentos exclusivamente de ordem médica somou 1.715 eventos, em números relativos, 90,22%, os quais totalizaram 10.284 dias de trabalho perdidos, dados estes colhidos na análise da Incidência, enquanto que os resultados da pesquisa da Prevalência demonstraram um total de 3.523 eventos, em números relativos, 91,27%, que implicaram em 34.685 dias laborais comprometidos.

Comparando-se os resultados prospectivos com os retrospectivos, constata-se que a Incidência do número de afastamentos médicos foi de pouco menos da metade (48,68%) da somatória das mesmas ocorrências verificadas durante o período investigativo da Prevalência, muito embora quantificada num período 7,61 vezes menor (13,13%), 18 : 137 meses (1 ano e 6 meses contra 11 anos e 5 meses), que determina uma média de 1.143,33 afastamentos por ano no período prospectivo, contra 308,49 no retrospectivo, ou seja, houve uma Incidência média anual 3,7 vezes maior (370,62%) que a Prevalência média anual encontrada. O **Índice de Frequência (IF)**, ou seja, a relação entre o número de períodos de afastamento (o número de ausências) e o número de empregados, que determina o número de faltas por empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 3,62 para o levantamento da Prevalência e de 1,76 para a Incidência, com **Índice de Frequência Médio** no período de uma ano (**IFM**) de 0,32 e 1,18, respectivamente.

Estes dados também permitem apontar para uma razão de quase um terço dos dias perdidos do levantamento retrospectivo de 11 anos e 5 meses, no período subsequente prospectivo de 1 ano e 6 meses (34.685:10.284), ou melhor, na análise da Incidência encontrou-se 29,65% dos dias perdidos encontrados na avaliação da Prevalência. A média anual de dias perdidos foi de 6.856 na Incidência, contra 3.037,22 na Prevalência, ou seja, 2,25 vezes (225,73%) superior no levantamento prospectivo quando comparado ao retrospectivo.

Ao serem comparados com o total de dias perdidos, no total de todos os afastamentos, no levantamento da Prevalência obtém-se uma relação de 34.685 / 35.110 dias, ou seja, os dias perdidos por causa médica representam 98,79% do total, e no levantamento prospectivo, a relação de 10.284 / 10.563 dias mostra um índice de 97,36% do total aferido.

De forma similar à outras análises já efetuadas, o **Índice de Gravidade (IG)**, ou seja, a relação entre o número de dias perdidos e o número de empregados, que determina o número de dias perdidos por empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 35,65 para o levantamento da Prevalência e de 10,57 para a Incidência, com **Índice de Gravidade Médio** no período de um ano (**IGM**) de 3,12 e 7,05, respectivamente.

Seguindo este raciocínio, a **Duração Média das Ausências (DMA)**, ou seja, a relação entre o número de dias perdidos e o número de períodos de afastamentos (ausências), que determina o número de dias perdidos por evento de afastamento em média (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 9,85 para o levantamento da Prevalência e de 5,99 para a Incidência.

Indutivamente, na pesquisa de Martins et al. (2005) pôde-se atribuir índices de afastamentos exclusivamente médicos na empresa pública na ordem de 96,7%, e na empresa privada, 93,7%, contrapostos aos índices odontológicos obtidos de 3,3% e 6,3%, respectivamente. E mais, exclusivamente na área médica, na média das duas empresas, pública e privada, o Índice de Frequência (IF) foi de 0,38 e o Índice de Gravidade (IG) de 1,35, com médias anuais projetadas de 0,76 e 2,7, respectivamente, além da Duração Média das Ausências (DMA) de 3,56.

Em um levantamento realizado, em indústria com 3.842 funcionários, no período de 1 ano, com foco no absenteísmo, tanto médico, quanto odontológico, dos 8.728 eventos contabilizados, 8.552 (97,64%) foram atribuídos à origem médica das atestações, 132 (1,51%) à origem odontológica e 74 (0,85%) atestados não

permitiram no seu conteúdo documental estabelecer a origem da atestação, o que permite presumir que algumas empresas são permissivas quanto à aceitação de atestados que apresentem vícios e erros em sua elaboração, onde, a ausência de dados essenciais, tais como o CRM ou o CRO do emitente, condição *sine qua non* para elaboração e validação de atestados, médico ou odontológico, não implicou na rejeição dos mesmos, ou até mesmo permitindo inclusive a interpretação de que outras profissões, além da medicina e odontologia, poderiam ter seus possíveis atestados validados e aceitos, fato que parece contrariar as regras emanadas da normatização vigente para tal assunto. Assim, na área médica, o Índice de Frequência (IF) foi de 2,23. No entanto, o Índice de Gravidade (IG) e a Duração Média das Ausências (DMA) não foram possíveis de se calcular, visto não serem citados no trabalho como dado levantado (HITO, 2007).

Noutro estudo com este mesmo foco, numa população de 60 servidores, em 3 anos de estudo, os atestados médicos apurados contabilizaram 827 eventos (95,72%) do total de 864, contra 37 afastamentos de origem odontológica (4,28%). Desta forma, na área médica, o Índice de Frequência (IF) foi de 13,78, com média anual de 4,59. Contudo, o Índice de Gravidade (IG) e a Duração Média das Ausências (DMA) não foram possíveis de se calcular, visto não terem sido citados individualmente os dias perdidos em cada modalidade, médica ou odontológica, e sim, somente no total (ESTEVAN, 2009).

Ferreira et al (2011), encontraram em 414 trabalhadores, no período de um ano, em um estudo inespecífico para o absenteísmo, seja médico ou odontológico, 96% de afastamentos exclusivamente de origem médica (298), contra 4% por causas odontológicas (12). Portanto, na área médica, o Índice de Frequência (IF) foi de 0,72. Já, para o Índice de Gravidade (IG) e a Duração Média das Ausências (DMA), não houve possibilidade de cálculo, pois não há citação do número de dias perdidos de labor ocasionado pelas ausências.

Em uma pesquisa realizada em um quadro funcional de 4.900 trabalhadores de empresa de *telemarketing*, durante o período de 1 mês, que também não diferenciou o absenteísmo médico do odontológico, porém os comparou percentualmente, 95,45% das faltas (63) tiveram origem em doenças médicas, e 4,55% (3), odontológicas. Desta forma, na área médica, o Índice de Frequência (IF) foi de 0,013, com projeção para uma média anual de 0,16. A exemplo dos estudos anteriores revisados, para o Índice de Gravidade (IG) e a Duração Média das

Ausências (DMA), também não houve possibilidade de cálculo, pois também não há citação do número de dias perdidos de trabalho relacionados às ausências (BALASTEGHIN et al., 2014).

Identicamente, outro estudo no mesmo ano, que avaliou um grupo de 57 servidores de enfermagem, num período de 4 anos, apontou 95,7% das ausências para às atestações médicas (135), enquanto que as odontológicas representaram somente 4,3% (6). Desta maneira, na área médica, o Índice de Frequência (IF) foi de 2,37, com uma média anual de 0,59. Assim, igualmente aos estudos anteriores revisados, para o Índice de Gravidade (IG) e a Duração Média das Ausências (DMA), também não houve possibilidade de cálculo, pois também não há citação do número de dias perdidos de trabalho relacionados às ausências (DISSEN et al., 2014).

Em números relativos, os trabalhos até aqui revisados neste aspecto confirmam a tendência apontada no estudo em tela. Por outro lado, Macedo e Queluz, em 2010, em universo de 943 atestações médicas e odontológicas, apresentadas numa empresa com 170 funcionários, em um período de 4 anos, encontraram 775 prescritas por médicos (82,2%), contra 168 de prescrição odontológica (17,2%). Já, na área médica, o Índice de Frequência (IF) foi de 4,56, com média anual de 1,14. No entanto, o Índice de Gravidade (IG) e a Duração Média das Ausências (DMA) também aqui não foram possíveis de se calcular, visto também não terem sido citados individualmente os dias perdidos em cada modalidade, médica ou odontológica, e sim, somente no total.

Ao encontro destes últimos dados, outro estudo também permitiu comparações em termos absolutos e relativos no que tange aos atestados médicos *versus* odontológicos, quando de um total de 5.969 atestações, 4.954 (83%) foram de origem médica, e 1.015 (17%), odontológica, muito embora os autores deixem bem claro que se deva evitar tais comparações, para efetivamente compreender os impactos orofaciais em meio à integralidade da saúde do ser humano em toda sua complexidade, visto que no mesmo trabalho, as doenças mais prevalentes na área médica tiveram índice de ocorrência praticamente idêntico (17,2% para as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo) ao cômputo total das afecções de origem odontológica. Assim sendo, na área médica, o Índice de Frequência (IF) foi de 0,32, mas, o Índice de Gravidade (IG) e a Duração Média das Ausências (DMA) também não foram possíveis de se calcular, visto não terem sido citados os dias perdidos

associados às ausências de origem médica, e sim, somente os relacionados as faltas odontológicas (BOMFIM et al., 2013).

O estudo em tela concorda parcialmente com esta última assertiva que condena comparações ao se estratificar o absenteísmo médico e odontológico em proporções, fato que pode trazer à uma análise incauta, um falso entendimento, descontextualizando o verdadeiro sentido do binômio Saúde-Doença no sentido lato e globalizado, totalmente interligado e interdependente, do que representa o sistema estomatognático para o corpo humano, a ser visto como um todo e não como partes independentes, não obstante, esta ótica míope também possa desmerecer e subestimar a importância da Odontologia frente à Medicina, fato execrável a ser veementemente combatido, em que pese o fato de que talvez a melhor forma de se coibir discriminações seja pela aquisição e não pela imposição de respeito. Porém, há que se entender que estas comparações, embora genéricas e absolutas, num contexto de relatividades e subjetividades, desde que realizadas com critério e senso crítico, embasadas cientificamente, parecem ser necessárias, pois remetem à reflexões outras de magnitude muito mais amplas e de suma importância para a questão.

Assim, diante de tal polarização quantitativa, no que diz respeito aos montantes do absenteísmo, de origem médica e odontológica, que demonstram uma frequência absoluta substancialmente maior de atestações médicas, em detrimento às odontológicas, algumas reflexões se fazem imprescindíveis e necessárias.

A discrepância quantitativa na verdade poderia ser atribuída a um universo de patologias muito maior dentro da Medicina, vide a própria CID-10 com suas 21 categorias, todas contempladas por patologias da área médica, em detrimento a um espectro muito menor de categorias que dizem respeito a Odontologia, o que condiciona a um maior e mais vasto leque de possibilidades de atestações na área médica que na odontológica. No entanto, há que se vislumbrar que mesmo este aparente menor número de patologias atestadas pela Odontologia, no contexto global, quando comparado ao universo muito mais expressivo de patologias e atestações na área médica, se converte em um montante proporcionalmente significativa e substancial.

A despeito desta última assertiva, outras elucubrações podem e devem ser feitas, para que se busque um melhor entendimento deste fenômeno.

Há uma maior credibilidade e aceitação por parte das empresas quanto aos atestados médicos, em detrimento aos odontológicos?

Os odontólogos estão familiarizados e, conhecem as possibilidades e a legalidade das atestações da sua alçada?

São os pacientes informados sobre a possibilidade legal da emissão e acolhimento de um atestado odontológico com o mesmo efeito e na mesma proporção que o atestado médico?

Diversos outros questionamentos poderiam ser formulados, mas qualquer que seja a pergunta e a resposta, é certo que um repensar quanto a “*Informação*” do que trata o tema, tanto para o público leigo usuário, pacientes/trabalhadores e empresas, quanto para os profissionais da saúde, médicos e odontólogos que atestam ou auditam, deva ser algo que se alardeie, se dissemine e se propague, de todas as formas possíveis, sob pena de se ter na “*Desinformação*”, fator que perpetue o desrespeito a um Direito a que faz jus o trabalhador. Ademais, devem ser exorcizados todos os preconceitos que por vezes fazem da Odontologia uma profissão tida por muitos, como uma subespecialidade da Medicina, conceito este, discriminatório e errôneo, peculiar a quem padece da desinformação e da falta de conhecimento. Aqui, mais uma vez a Universidade tem papel fundamental, não somente como formadora de conhecimento, conceitos e novos profissionais, mas também como formadora de opinião junto à sociedade, instituições e órgãos, públicos e privados, estando ao seu alcance a possibilidade de inversão deste contexto ou minimização do impacto imposto por este cenário.

Ainda, como não poderia ser aqui diferente, a análise comparativa dos Índices deste quesito encontrados no presente estudo com os inferidos da literatura pesquisada, apresenta as mesmas dificuldades, mediante à heterogeneidade peculiar das diversas características dos grupos, das pesquisas e da ampla gama de variação dos resultados citados. No entanto, continua claro e evidente que da verificação e interpretação dos resultados aqui da Prevalência e Incidência, há uma convergência para a confirmação do visível comprometimento da qualidade da Saúde do quadro funcional da municipalidade estudada, frente às novas condições de trabalho adotadas, no tocante à relação chefia – subordinados, quanto ao ambiente de trabalho e o absenteísmo, em que pese a rigidez e inexorabilidade do método de controle de frequência implantado.

6.17.1 Número de afastamentos Médicos por faltas justificadas

Apesar de nos tópicos anteriores já se ter explanado sob o aspecto dos números de afastamentos médicos e seus dias perdidos de trabalho de forma genérica, a seguir cumpre realizar uma estratificação das modalidades de afastamento quanto a esta questão e suas inferências a serem discutidas. Assim, o número de afastamentos exclusivamente de origem médica, ocasionados por faltas justificadas ou abonadas, aquelas ocorridas em um ou mais dias, em períodos de no máximo de 15 dias, atingiu a soma de 1.680 eventos, com média de 5,53 e desvio padrão de 6,58, variando entre nenhum e 41 afastamentos por servidor, em números relativos, 88,38%, durante a análise prospectiva, a serem comparados com os resultados do estudo retrospectivo que apurou a soma de 3.406 eventos, com média de 10,03 e desvio padrão de 13,39, variando entre nenhum e 78 afastamentos por trabalhador, em números relativos, 88,24%. Na comparação dos resultados prospectivos com os retrospectivos, evidencia-se que a Incidência do número de afastamentos médicos por faltas justificadas foi de aproximadamente a metade (49,32%) da somatória das mesmas ocorrências verificadas durante o período investigativo da Prevalência, apesar de ter sido quantificada num período 7,61 vezes menor (13,13%), 18 : 137 meses (1 ano e 6 meses contra 11 anos e 5 meses), que determina uma média de 1.120 afastamentos por ano no período prospectivo, contra 298,25 no retrospectivo, ou seja, houve uma Incidência média anual 3,75 vezes maior (375,52%) que a Prevalência média anual encontrada. Portanto, o **Índice de Frequência (IF)**, ou seja, a relação entre o número de períodos de afastamento (o número de ausências) e o número de empregados, que determina o número de faltas por empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 3,5 para o levantamento da Prevalência e de 1,73 para a Incidência, com **Índice de Frequência Médio** no período de uma ano (**IFM**) de 0,31 e 1,15, respectivamente.

Os atestados médicos, com finalidade de abonar até 15 dias de ausência ao trabalho, tiveram peso substancial sobre o total de atestados médicos e odontológicos encontrados, 1.578 eventos, tanto na empresa pública (96,7%), quanto na privada (93,7%), em números absolutos, 1.268 e 310, respectivamente (MARTINS et al., 2005). Quanto ao Índice de Frequência, o aferido nesta forma de afastamento é o mesmo já analisado no tópico “afastamentos médicos”, pois tal pesquisa comparativa somente analisou esta modalidade de eventos médicos, faltas

até 15 dias. Neste mesmo norte, um estudo realizado por Hito (2007) em uma indústria frigorífica do Paraná, atribuiu-se aos 3.842 funcionários, um total de 8.522 atestações médicas por falta justificada, até 15 dias, no período de um ano, 2005, que correspondia a 97,64% das atestações apresentadas, aliás, também nesta análise somente se computou esta modalidade, portanto, o Índice de Frequência aferido nesta forma de afastamento coincide com o também já analisado no tópico “afastamentos médicos”. Tais números relativos corroboram os do presente estudo que também viu, em ambos os levantamentos, retrospectivo e prospectivo, elevadas taxas para esta modalidade, além de avaliarem, tanto o absenteísmo médico, como o odontológico, porém verificou-se aqui outras modalidades de afastamentos que não somente os inferiores a 15 dias, o que não se evidenciou nessas outras pesquisas.

6.17.2 Dias perdidos por afastamentos Médicos por faltas justificadas

Análoga análise será feita neste tópico também. De tal forma que, a somatória de todos os dias perdidos por afastamentos exclusivamente de ordem médica e por faltas justificadas alcançou a ordem de 3.417 dias, com média de 11,23 e desvio padrão de 15,10, variando entre nenhum e 91 dias perdidos, para o período de avaliação da Incidência, por outro lado, a apreciação dos resultados da Prevalência diagnosticou uma perda de 8.812 dias, com média de 25,92 e desvio padrão de 39,43, variando entre nenhum e 293 dias perdidos.

Estes resultados também permitem demonstrar uma razão superior a um terço dos dias perdidos do levantamento retrospectivo de 11 anos e 5 meses, no período subsequente prospectivo de 1 ano e 6 meses (8.812:3.417), ou melhor, na análise da Incidência encontrou-se 38,78% dos dias perdidos encontrados na avaliação da Prevalência. A média anual de dias perdidos foi de 2.278 na Incidência, contra 771,63 na Prevalência, ou seja, 2,95 vezes (295,22%) superior no levantamento prospectivo quando comparado ao retrospectivo.

Ao se comparar o total de dias perdidos desta modalidade com o total de dias perdidos de todos os afastamentos, no levantamento da Prevalência obtém-se uma relação de 8.812 / 35.110 dias, ou seja, os dias perdidos por afastamentos por faltas médicas justificadas representam 25,1% do total, e no levantamento

prospectivo, a relação de 3.417 / 10.563 dias mostra um índice de 32,35% do total aferido.

Similarmente ao já feito, o **Índice de Gravidade (IG)**, ou seja, a relação entre o número de dias perdidos e o número de empregados, que determina o número de dias perdidos por empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 9,06 para o levantamento da Prevalência e de 3,51 para a Incidência, com **Índice de Gravidade Médio** no período de uma ano (**IGM**) de 0,79 e 2,34, respectivamente.

Por conseguinte, a **Duração Média das Ausências (DMA)**, ou seja, a relação entre o número de dias perdidos e o número de períodos de afastamentos (ausências), que determina o número de dias perdidos por evento de afastamento em média (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 2,59 para o levantamento da Prevalência e de 2,03 para a Incidência.

Considerando Martins et al. (2005), o seu Índice de Gravidade (IG) de 1,35, com média anual projetada de 2,7, foi o que mais se assemelhou ao IG médio da Incidência do presente estudo, embora tenha ficado também acima, quando comparado com o IG da Prevalência, além da Duração Média das Ausências (DMA) de 3,56, também pontuada acima, lembrando que estes autores analisaram somente esta modalidade de afastamento de faltas até 15 dias.

Em busca de paradigmas universais, analisou-se um estudo realizado na Universidade de Ciências Médicas de Mazandaran, Irã, em um quadro funcional desta Instituição com 1.200 servidores, 957 (79,7%) apresentaram afastamento médico com períodos inferiores a 15 dias, no ano de 2010, porém não foi citada a somatória destes eventos, somente que a média total de dias de licença por doença e o total de dias de afastamento foram 2 ± 1 e 2.571, respectivamente (SARAVI, et al., 2013). Portanto, a única possibilidade foi o cálculo do Índice da Gravidade de 2,14, também bastante próximo ao da Incidência do presente estudo.

Dispensável parecem ser delongas análíticas para confirmação mais que evidenciada dos prováveis agravos à Saúde do servidor, de um período para o outro dos levantamentos da Prevalência e da Incidência, mesmo quando aqui demonstra-se nesta modalidade de afastamentos por faltas justificadas, em números de eventos, em dias perdidos e em seus Índices referenciais validados, uma tendência mantida do crescente aumento do absenteísmo médico nestas circunstâncias específicas. Os números falam por si só.

6.17.3 Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

Na mesma lógica proposta, o número de afastamentos de origem exclusivamente médica cuja motivação foi o auxílio-doença, em períodos superiores a 15 dias, foi coincidente com a soma total, médico e odontológica, atribuída a **Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Doença**, uma vez que não foi identificado nenhum afastamento odontológico por Auxílio-Doença, isto, tanto para o presente estudo da Incidência, como para o anterior onde se explorou a Prevalência. Assim, a quantidade do benefício auxílio-doença somou um montante de 30 ocorrências, no seu total, que oscilaram de 0 a 3 eventos no máximo por funcionário licenciado, com média de $0,10 \pm 0,33$, em números relativos, 1,58%, dados estes coletados na pesquisa prospectiva, a serem confrontados com os resultados atribuídos na verificação retrospectiva que encontrou 97 benefícios, que oscilaram de 0 a 5 eventos no máximo por servidor afastado, com média de $0,29 \pm 0,71$, em números relativos, 2,51%.

Sendo assim, comparando-se os resultados prospectivos com os retrospectivos, evidencia-se que a Incidência do número de afastamentos médicos por auxílio-doença foi de aproximadamente um terço (30,93%) da somatória das mesmas ocorrências verificadas durante o período investigativo da Prevalência, apesar de ter sido quantificada num período 7,61 vezes menor (13,13%), 18 : 137 meses (1 ano e 6 meses contra 11 anos e 5 meses), que determina uma média de 20 afastamentos por ano no período prospectivo, contra 8,49 no retrospectivo, ou seja, houve uma Incidência média anual 2,35 vezes maior (235,57%) que a Prevalência média anual encontrada. Portanto, o **Índice de Frequência (IF)**, ou seja, a relação entre o número de períodos de afastamento (o número de ausências) e o número de empregados, que determina o número de faltas por empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 0,10 para o levantamento da Prevalência e de 0,03 para a Incidência, com **Índice de Frequência Médio** no período de uma ano (**IFM**) de 0,009 e 0,02, respectivamente.

Num extremo aparentemente substancial em números absolutos, no período 2 anos, 2004 e 2005, onde o quadro funcional médio foi composto por 16.344 servidores, foram analisadas 14.779 licenças de longa duração, com períodos iguais ou superiores a 15 dias de afastamento, referidas como Licenças para Tratamento de Saúde (LTS), distribuídas nas diversas secretarias da Prefeitura de Porto Alegre.

Refere-se que foram verificadas, porém não analisadas 44.804 outras licenças de menor duração e 2.206 acidentes de trabalho no mesmo período, numa somatória de todos os afastamentos indicando 61.789 eventos (SANTOS; MATTOS, 2010). Confirmando a impressão dos números absolutos, o Índice de Frequência encontrado isoladamente para os auxílios-doença foi de 0,9, com média anual de 0,45, realmente maior que as médias encontradas no presente estudo, em ambos os levantamentos. Elevada taxa desta modalidade de ausências também é confirmada pelo seu percentual de ocorrência de 23,91%, quando comparada aos índices de 1,58% e 2,51%, da Incidência e Prevalência, respectivamente aqui identificados.

Nesta tendência de altas taxas desta forma de afastamento, Fakihi et al. (2012) encontraram 1.127 ausências do trabalho por Licença para Tratamento de Saúde (LTS) superiores a 15 dias, que referem ser 38,8% do montante das modalidades observadas, em uma média mensal de 96,8 colaboradores de enfermagem, no ano de 2009. O Índice de Frequência de 11,64 ratifica a exorbitante ocorrência desta modalidade de licenciamento, que aponta quase que 1 licença por mês por servidor, muito além do encontrado em qualquer circunstância no presente estudo.

6.17.4 Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

O número de dias totais perdidos por afastamentos médicos por Auxílio-Doença somou o montante de 6.128 dias, com média de 20,16 e desvio padrão de 87,77, oscilando entre nenhum e 548 dias perdidos, isto na apreciação prospectiva a ser confrontada com a retrospectiva, que por sua vez indicou a soma de 24.028 dias, com média de 70,67 e desvio padrão de 241,39, oscilando entre nenhum e 1.874 dias perdidos.

Estes resultados apontam uma razão superior a um quarto dos dias perdidos do levantamento retrospectivo de 11 anos e 5 meses, no período subsequente prospectivo de 1 ano e 6 meses (24.028:6.128), ou melhor, na análise da Incidência encontrou-se 25,5% dos dias perdidos encontrados na avaliação da Prevalência. A média anual de dias perdidos foi de 4.085,33 na Incidência, contra 2.104,03 na Prevalência, ou seja, 1,94 vezes (194,17%) superior no levantamento prospectivo quando comparado ao retrospectivo.

Comparando-se o total de dias perdidos desta modalidade com o total de dias perdidos de todos os afastamentos, no levantamento da Prevalência obtém-se uma relação de 24.028 / 35.110 dias, ou seja, os dias perdidos por afastamentos por auxílio-doença representam 68,44% do total, e no levantamento prospectivo, a relação de 6.128 / 10.563 dias mostra um índice de 58,01% do total aferido.

Analogamente ao já realizado noutros tópicos, o **Índice de Gravidade (IG)**, ou seja, a relação entre o número de dias perdidos e o número de empregados, que determina o número de dias perdidos por empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 24,7 para o levantamento da Prevalência e de 6,3 para a Incidência, com **Índice de Gravidade Médio** no período de uma ano (**IGM**) de 2,16 e 4,2, respectivamente.

E mais, a **Duração Média das Ausências (DMA)**, ou seja, a relação entre o número de dias perdidos e o número de períodos de afastamentos (ausências), que determina o número de dias perdidos por evento de afastamento em média (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 247,71 para o levantamento da Prevalência e de 204,27 para a Incidência. Embora esta razão seja atemporal, há que se entender que a possibilidade de se ter períodos em dias de afastamentos mais longos varia de maneira diretamente proporcional com o período de levantamento, maior o período, maior a probabilidade de duração maior das ausências desta modalidade que não tem um limite máximo preestabelecido. Mesmo assim, nota-se que na Incidência, aferida num tempo muito mais curto, a duração média da ausências foi muito próxima da aferida na Prevalência em um tempo de levantamento muito mais longo.

No período 2 anos, 2004 e 2005, de um quadro funcional composto por uma média de 16.344 servidores, um total de 311.721 dias de trabalho perdidos foi encontrado na Prefeitura de Porto Alegre (SANTOS; MATTOS, 2010). Portanto, um Índice de Gravidade (IG) de 19,07, com média anual de 9,54, além uma Duração Média das Ausências (DMA) de 21,09. Comparativamente, nota-se um IG muito mais elevado que o encontrado em ambos os levantamentos da presente pesquisa, porém a DMA muito inferior, mesmo quando compara a DMA da Incidência, a despeito dos tempos de levantamento serem muito próximos, 24 e 18 meses, respectivamente.

Como era de se esperar, a mesma hipotética maior tendência crescente ao agravamento à Saúde do funcionalismo estudado, também é evidenciada quando do impacto das licenças para tratamento de saúde ou auxílio-doença e seus dias

perdidos correlatos, na análise do período prospectivo em relação ao retrospectivo. Redundante seria repetir a suposta causa: variável “controle de frequência”.

6.17.5 Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho

Finalmente, o número de afastamentos de origem exclusivamente médica cuja motivação foi o auxílio-acidente / acidente de trabalho, foi coincidente com a soma total, médico e odontológica, atribuída a **Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho**, uma vez que não foi identificado nenhum afastamento odontológico por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho, seja para o presente estudo de coorte prospectivo, seja para o anterior onde se realizou a análise retrospectiva. Assim, foi registrada uma soma total de 5 sinistros, contemplando suas vítimas com o benefício do auxílio-acidente de 0 a situação única por beneficiário, com média de $0,02 \pm 0,12$, em números relativos, 0,26%, quando avaliada a Incidência, enquanto que para Prevalência se encontrou um total de 20 infortúnios, beneficiados pelo auxílio-acidente, numa estreita faixa de 0 a 2 situações por indivíduo, com média de $0,06 \pm 0,26$, em números relativos, 0,52%.

Assim, comparando-se os resultados prospectivos com os retrospectivos, evidencia-se que a Incidência do número de afastamentos médicos por acidente de trabalho foi de um quarto (25%) da somatória das mesmas ocorrências verificadas durante o período investigativo da Prevalência, apesar de ter sido quantificada num período 7,61 vezes menor (13,13%), 18 : 137 meses (1 ano e 6 meses contra 11 anos e 5 meses), que determina uma média de 3,33 afastamentos por ano no período prospectivo, contra 1,75 no retrospectivo, ou seja, houve uma Incidência média anual 1,9 vezes maior (190,29%) que a Prevalência média anual encontrada. De tal forma que o **Índice de Frequência (IF)**, ou seja, a relação entre o número de períodos de afastamento (o número de ausências) e o número de empregados, que determina o número de faltas por empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 0,02 para o levantamento da Prevalência e de 0,005 para a Incidência, com **Índice de Frequência Médio** no período de uma ano (**IFM**) de 0,0018 e 0,0033, respectivamente.

Novamente analisando pesquisa que no período 2 anos, 2004 e 2005, onde o quadro funcional médio foi composto por 16.344 servidores, foram analisados, nas diversas secretarias da Prefeitura de Porto Alegre, 2.206 acidentes de trabalho, de uma somatória de todos os afastamentos encontrados que indicava 61.789 eventos (SANTOS; MATTOS, 2010). Assim, a taxa de ocorrência desta forma de afastamento foi de 3,57%, bastante próxima dos baixos percentuais aqui também aferidos (0,52% e 0,26%). Já o Índice de Frequência foi de 0,14, com média anual de 0,7, bastante acima dos Índices encontrados na pesquisa em tela.

Com tendência parecida, de 2007 a 2009, 16 (2,0%) dentre os 782 trabalhadores da coorte apresentaram 17 episódios de Licenças Médicas (LM), (0,66%), associadas ao trabalho: acidente típico, doença ocupacional e acidente de trajeto (OENNING, et al. 2012). Tal achado, também recente, corrobora o encontrado no presente estudo, em ambos os levantamentos, com índices abaixo de 1% (0,66% / 0,52% e 0,26%). Portanto, o Índice de Frequência encontrado foi para esta modalidade de 0,02, com média anual de 0,0072, superior ao encontrado no presente estudo.

6.17.6 Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio- Acidente / Acidente de Trabalho

Para finalizar, a somatória total de dias perdidos por afastamentos médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho alcançou o montante de 739 dias, com média de 2,43 e desvio padrão de 24,07, oscilando entre nenhum e 355 dias perdidos, dados estes da Incidência, a serem confrontados com os da Prevalência que revelaram um total de 1.845 dias, com média de 5,43 e desvio padrão de 42,35, oscilando entre nenhum e 688 dias perdidos.

Tais dados indicam uma razão bem superior a um terço dos dias perdidos do levantamento retrospectivo de 11 anos e 5 meses, no período subsequente prospectivo de 1 ano e 6 meses (1.845:739), ou melhor, na análise da Incidência encontrou-se 40,05% dos dias perdidos encontrados na avaliação da Prevalência. A média anual de dias perdidos foi de 492,66 na Incidência, contra 161,55 na Prevalência, ou seja, 3,05 vezes (304,95%) superior no levantamento prospectivo quando comparado ao retrospectivo.

Confrontando-se o total de dias perdidos desta modalidade com o total de dias perdidos de todos os afastamentos, no levantamento da Prevalência obtém-se uma relação de 1.845 / 35.110 dias, ou seja, os dias perdidos por afastamentos por acidente de trabalho representam 5,25% do total, e no levantamento prospectivo, a relação de 739 / 10.563 dias mostra um índice de 6,99% do total aferido.

Ainda, o **Índice de Gravidade (IG)**, ou seja, a relação entre o número de dias perdidos e o número de empregados, que determina o número de dias perdidos por empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 1,89 para o levantamento da Prevalência e de 0,76 para a Incidência, com **Índice de Gravidade Médio** no período de uma ano (**IGM**) de 0,17 e 0,51, respectivamente.

Por fim, a **Duração Média das Ausências (DMA)**, ou seja, a relação entre o número de dias perdidos e o número de períodos de afastamentos (ausências), que determina o número de dias perdidos por evento de afastamento em média (QUICK; LAPERTOSA, 1982), foi de 92,25 para o levantamento da Prevalência e de 147,8 para a Incidência.

Em investigação, entre 2007 a 2009, num período 3 anos, 16 dentre os 782 trabalhadores da coorte apresentaram 1.104 dias de ausência ao trabalho para os episódios de Licenças Médicas (LM), associadas a acidente típico, a doença ocupacional e a acidente de trajeto (OENNING, et al. 2012). Logo, o Índice de Gravidade (IG) foi de 1,41, com média anual de 0,47, valor bem próximo ao aferido na Incidência. Porém, o Duração Média das Ausências (DMA) foi calculada em 64,94, aquém dos valores atribuídos na presente pesquisa.

Fato posto, estes últimos resultados analisados parecem infligir de forma contundente um golpe de misericórdia, exterminando qualquer esperança que se possa ter de invalidar o raciocínio que leva ao fundamento de que a Saúde do servidor muito provavelmente poderá estar comprometida de forma considerável pela atual conjuntura trabalhista estabelecida pelo empregador, Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo, quando alterou a variável “modo de controle de frequência” do funcionalismo. Ao término desta reflexão, verifica-se um agravo geral, e ao mesmo tempo específico, da saúde do servidor, identificado em todas as classes e possibilidades de afastamentos ocasionados por patologias médicas e odontológicas. Muito pouco provável são simulações destas condições, visto estarem dispostas em todas as formas e modalidades encontradas de atestação, e de maneira vultosa e expressiva, muito embora, novos e outros estudos, em outras

populações sejam recomendados, e deveriam ser realizados, com o mesmo foco, a se confirmar ou contradizer tal cenário encontrado. Se um dos objetivos da Odontologia e Medicina do Trabalho é a identificação de condições que interfiram de modo negativo e prejudicial na Saúde do Trabalhador, e erradica-las, pode-se dizer que aqui provavelmente pode-se encontrar uma delas, aferida e expressa numericamente em bases científicas evidenciáveis. Portanto, a revisão de conceitos e desta circunstância parece ser imperativo e urgente, sob pena de que do silêncio se tenha um retrocesso nas conquistas alcançadas na Odontologia e Medicina do Trabalho junto a Saúde do Trabalhador.

6.18 AFECÇÕES DE ORIGEM MÉDICA MAIS FREQUENTES

Neste quesito cada sujeito estudado foi avaliado quanto ao tipo de doença ou afecção médica que predominou entre todas as que ele manifestou durante ambos os levantamentos. Assim, as afecções de origem médica que predominaram entre todas as encontradas individualmente em cada sujeito da amostra puderam ser classificadas e descritas de acordo com sua origem, frequência e em seus percentuais de ocorrência, em predominantemente: física em 214 (70,4%) e 263 (77,4%) indivíduos, psíquicas em 11 (3,6%) e 13 (3,8%) sujeitos, não determinadas em 15 (5,0%) e 3 (0,9%) servidores e psicossomáticas em 0 (0%) e 2 (0,6%) funcionários, contra 64 (21,0%) e 59 sujeitos (17,4%) sem ocorrência de nenhuma das modalidades das afecções médicas descritas, respectivamente para os levantamentos prospectivo e retrospectivo. Não houve na literatura pesquisada nenhum estudo que atribuísse tal classificação às afecções de origem médica para que se pudessem traçar linhas comparativas com os dados desta pesquisa em tela. No entanto, ao se compararem os resultados da Incidência e da Prevalência, nota-se uma proporcionalidade numérica mantida de um levantamento para o outro, que neste aspecto faz com que o estudo da Incidência ratifique o da Prevalência, por aparentemente não se verificarem diferenças marcantes entre seus resultados.

No entanto, aponta-se aqui o **índice de 82,6% de ocorrências de afecções de origem médica** para a **Prevalência**, ou seja, da amostragem válida (n=340), 281 indivíduos se afastaram do trabalho por algum tipo de comprometimento patológico de ordem médica. O mesmo cálculo também foi executado para a **Incidência** onde

encontrou-se o **índice de 79,0% de ocorrências de afecções de origem médica**, ou seja, da amostra válida (n=304), 240 sujeitos se ausentaram do labor por alguma forma de doença de origem médica, consolidando-se assim as taxas para o **Absenteísmo Médico** do presente estudo.

O presente estudo parece ser corroborado por outros nestes índices aferidos de Absenteísmo Médico. Assim, um índice elevado também de absenteísmo médico foi encontrado na amostra de 400 servidores públicos, onde 301 destes, 75,25%, apresentaram algum tipo de afastamento de causa médica (ANDRADE et al., 2008). Na mesma tendência, Ferreira et al. (2011), de um quadro funcional de 414 servidores de enfermagem do serviço de internação, contabilizaram 310 que tiveram algum tipo de ausência de origem médica, taxa de 74,87%.

Não obstante, para Cunha (2007) que levantou a soma de 40.370 afastamentos para tratamento de saúde, relativos 7.182 servidores, num período de levantamento de 10 anos, de um quadro de 11.189 funcionários das Secretárias de Estado da Saúde e administração de Santa Catarina, o índice de absenteísmo médico ficou na casa dos 64,18%. Acompanhando esta tendência, Oenning et al. (2012), para uma total de 782 funcionários, seguiu na sua coorte 542 faltantes por motivos médicos, com uma taxa de 69,3% de absenteísmo médico. Com índice mais baixo, de um quadro com 32.447 funcionários da Prefeitura Municipal de Curitiba no ano de 2009, 17.826 servidores registaram 61.874 Licenças para Tratamento de Saúde, apontando uma taxa de 54,93% de absenteísmo médico (MARGRHRAP; SILVA, 2010).

6.19 CID-10 – MÉDICO

Este tópico tem a finalidade de verificar quais as patologias que possam estar agravando de maneira mais agressiva a população estudada, de tal modo entender o contexto em que ocorrem e servir de subsídio para medidas terapêuticas e profiláticas mais efetivas em prol da Saúde do trabalhador. Assim, no levantamento da Incidência, a categoria e as subcategorias da CID Z00-Z99, dos Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde, foram as mais frequentemente encontradas, afetando 106 indivíduos da amostragem (34,9%), que apresentaram 248 registros destas CIDs (13,95%), apontando a CID-

10 do evento mais incidente como sendo a Z76.3, Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente, codificada em 40 atestados (2,25%). Dados estes a serem confrontados com os do levantamento da Prevalência, onde a categoria e as subcategorias da CID J00-J99, das Doenças do Aparelho Respiratório, foram as mais frequentes, manifestando-se em 152 indivíduos da mostra (44,7%), nos quais 389 registros destas CIDs (11%) foram verificados, onde a CID-10 da doença mais prevalente foi atribuída a J11, influenza devida a vírus não identificado (gripe), encontrada em 71 atestações (2,02%). No entanto, seja no estudo prospectivo, seja no retrospectivo, isoladamente a CID-10 mais frequente, independentemente da categoria ou subcategoria, foi atribuída a A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, descrita em 74 (4,16%) e 78 (2,21%) atestações, nas pesquisas da Incidência e Prevalência, respectivamente. Como já discutido, as doenças respiratórias reduziram a sua manifestação de um período do levantamento para o outro, que parece estar relacionado a maior efetividade de medidas profiláticas, tais como políticas e campanhas de vacinação em massa executadas atualmente mais frequentemente. Já, os fatores que influenciam o estado de Saúde e o contato com os serviços de Saúde, ganharam um espaço marcante neste cursar epidemiológico, apontando condições que noutros tempos provavelmente poderiam dispensar do servidor uma justificativa formalmente atestada para sua ausência, esta negociada diretamente com a sua chefia imediata, e que na atual circunstância carece de uma justificativa formal e impessoal a ser dada diretamente à instância superior, ou seja, ao setor de Recursos Humanos (RH) que tem a incumbência de controle e fiscalização de todos os eventos ligados ao absenteísmo na instituição, que atua de maneira inflexível cumprindo ordens do executivo superior, não obstante a condição futura próxima que não mais facultará o acolhimento da justificativa e o abono de faltas para o acompanhamento de familiar doente, mas por força de Lei Municipal, obrigará. No entanto, as condições relacionadas às doenças gastroentéricas presumidamente infecciosas, que foram isoladamente as mais prevalentes e incidentes, passam por uma reflexão mais profunda e ampla que envolve inúmeras suposições e condições, tais como a qualidade alimentar da população, as condições de higiene e manipulação de alimentos, e adentram outros aspectos mais amplos, como fatores de instrução, educação e socioeconômicos, de difícil elucidação, em que pese o termo “presumível” que dá uma vasta margem de entendimento, até que a origem de tal patologia (A09) possa inclusive ter uma

etiologia emocional, e esta sim, pode estar relacionada ao fator estresse e ansiedade, e porque não dizer, dentre os “n” fatores possíveis correlacionados, as condições do ambiente de trabalho. Porém, são conjecturas dificilmente comprovadas de forma quantitativa, mas abrem a possibilidade de estudos qualitativos posteriores nos quais questionários validados quanto a questão “Qualidade de Vida” são perfeitamente oportunos, plausíveis e exequíveis para avaliação destas condições.

Esta maneira de enxergar e abordar este assunto parece não encontrar eco na literatura revisada, talvez pela dificuldade de aferição e comprovação de reflexões mais questionadoras. O que se vê são pontuações descritivas. Assim, muito embora, em dois grupos comparativos distintos, “M” e “F”, Silva et al. (2008), encontraram maior prevalência respectivamente para o M60 – transtornos musculares, das sinóvias e dos tendões, e F30 – transtornos do humor, respectivamente. Corroborados por Martins et al. (2005) que também encontraram no grupo “M”, especificamente o M54 – dorsalgia, a maior frequência. Com percentual de 24,21%, Hito (2007) também atribuiu ao M54 a maior prevalência. De forma diferente, Pinheiro (2012) atribui a um subgrupo da categoria “M”, que compreendia do M40 ao M54, o qual classifica como dorsopatias, as patologias mais frequentes. Similarmente, Oenning et al. (2012) encontraram como os diagnósticos mais frequentes as CID-10: M54 – dorsalgia e o M65 – sinovite e tenossinovite. Já Cunha, em 2007, não cita a CID objetivamente, porém classifica como sendo os episódios depressivos (F32) os mais frequentes. Tais dados são confirmados por Santos e Mattos (2010) que encontraram na CID F32 a maior prevalência. Portanto, da literatura pesquisada até 2012 não houve nenhuma congruência quanto a CID mais prevalente ou incidente encontrada nas pesquisas da Prevalência e da Incidência, nem no contexto do grupo, nem individual e isoladamente, em que pese o fato de que a maioria dos trabalhos cite os diagnósticos das doenças mais prevalentes de forma genérica, atribuindo ao grupo ou capítulo da CID, sem, no entanto, identificá-lo especificamente, a exemplo do que aqui foi realizado. Contudo, em levantamento recente, dos 295 indivíduos (35,5%) que apresentaram doenças respiratórias, 115 (13,83%) ficaram resfriados, e 97 (11,67%) foram infectados com a gripe, sendo as doenças de maior prevalência no estudo (SARAVI et al., 2013). Tal achado corrobora o estudo em tela no tocante a Prevalência, na categoria mais prevalente.

6.20 AFECÇÕES DE ORIGEM ODONTOLÓGICA MAIS FREQUENTES

Por sua vez, neste quesito cada sujeito estudado também foi avaliado quanto ao tipo de doença ou afecção odontológica que predominou entre todas as que ele manifestou durante ambos os levantamentos. Desta forma, as afecções de origem odontológica que predominaram entre todas as encontradas individualmente em cada sujeito da amostra também puderam ser classificadas e descritas de acordo com sua manifestação, frequência e em seus percentuais de ocorrência, como predominantemente: em tecidos duros em 35 (11,5%) e 57 (16,8%) indivíduos, seguida das não determinadas em 20 (6,5%) e 18 (5,3%) servidores, das em ambos os tecidos (duro e mole) em 8 (2,6%) e 8 (2,3%) sujeitos, das em tecidos moles em 2 (0,7%) e 6 (1,8%) funcionários, e finalmente 2 (0,7%) e 2 (0,6%) indivíduos com manifestação de patologia psicossomática, contra 237 (78,0%) e 249 (73,2%) sujeitos sem ocorrência de nenhuma das modalidades de afecções descritas, respectivamente para os levantamentos prospectivo e retrospectivo. Não houve na literatura pesquisada nenhum estudo que atribuísse tal classificação às afecções de origem odontológica para que se pudessem traçar linhas comparativas com os dados desta pesquisa em tela. No entanto, a exemplo do que também foi observado com as afecções de origem médica, ao se compararem os resultados da Incidência e da Prevalência, nota-se uma proporcionalidade numérica mantida de um levantamento para o outro, que neste aspecto faz com que o estudo da Incidência ratifique o da Prevalência, por aparentemente não se verificarem diferenças marcantes entre seus resultados.

Contudo, aponta-se aqui o **índice de 26,8% de ocorrências de afecções de origem odontológica** para a **Prevalência**, ou seja, da amostragem válida (n=340), 91 indivíduos se afastaram do trabalho por algum tipo de comprometimento patológico de ordem odontológica. Assim, o mesmo cálculo também foi executado para a **Incidência** onde encontrou-se o **índice de 22,0% de ocorrências de afecções de origem odontológica**, ou seja, da amostra válida (n=304), 67 sujeitos se ausentaram do labor por alguma forma de doença de origem odontológica, consolidando-se assim as taxas para o **Absenteísmo Odontológico** do presente estudo.

Outros estudos parecem corroborar o presente nestes índices aferidos de Absenteísmo Odontológico. Enquanto a inaptidão de origem odontológica não afetou

a maioria (75%) dos trabalhadores entrevistados, 25% reportaram um episódio de perda de trabalho nos últimos 12 meses relacionados a problemas dentais e visitas para tratamento odontológico, em estudo de prevalência (REISINE, 1984). Noutra pesquisa considerando a incidência, os resultados mostraram que 26,4% da amostra reportaram um episódio de perda de trabalho relacionado à odontologia (REISINE; MILLER, 1985). Ainda, o mesmo autor Reisine (1985) cita que outros estudos apontam um absenteísmo odontológico flutuando entre índices de 15 a 33%. E em estudo recente, Coelho et al. (2010) encontraram o absenteísmo odontológico na casa dos 33%.

Porém, em sentido oposto, numa pesquisa com 1.005 canadenses, acima de 18 anos, foi solicitado aos participantes que enumerassem o número de dias de inaptidão para o trabalho associado a problemas dentais no período prévio de duas semanas, onde 33 pessoas, ou 3,3% da amostra, informaram ter perdido um dia por causa de um problema dental (QUINÓNEZ et al. 2011). Números próximos encontraram Ferreira et al, (2011), com absenteísmo odontológico numa taxa de 4%, corroborados recentemente por Balasteghin et al., em 2014, com índice de 4,55%.

6.21 CID-10 - ODONTOLÓGICO

De forma análoga ao realizado para área médica, apontaram-se aqui também as CID-10 mais prevalentes e incidentes do presente estudo. Portanto, no levantamento da Incidência, a categoria e as subcategorias mais frequentemente encontradas foram as da CID-10 **K04, Doença da polpa e dos tecidos periapicais**, que se manifestaram em 35 servidores da amostra (11,51%), os quais apresentaram 35 codificações destas CIDs (18,71%), apontando-se a CID-10 mais incidente, no grupo e isoladamente, como sendo a **K04.1, Necrose da polpa**, presente em 12 atestados (6,42%). Anteriormente, no estudo da Prevalência, a categoria e as subcategorias mais frequentes também foram as da CID-10 **K04, Doença da polpa e dos tecidos periapicais**, encontradas em 38 funcionários da amostra (11,17%), cujas atestações registraram 38 codificações destas CIDs (11,28%), apontando-se como a CID-10 mais prevalente no grupo a mesma **K04, Doença da polpa e dos tecidos periapicais**, codificadas em 16 atestados (4,75%), não obstante, isoladamente a CID-10 mais frequentemente encontrada tenha sido a **K01.0, Dentes**

Inclusos, descrita em 29 atestados (8,61%). Tais achados, como também já discutido, remetem a reflexão de como as políticas de Saúde Bucal e Prevenção vem sendo aplicadas na prática, e mais, na Saúde do trabalhador. Dentro de um raciocínio cronológico, fisiopatológico e epidemiológico, as doenças da polpa e dos tecidos periapicais costumam ser, na sua maioria, o desdobramento de patologia primária tal como a cárie dental, e esta diretamente relacionada a inicial formação da placa bacteriana ou biofilme. Isto de maneira simplista parece apontar para falhas de execução de procedimentos, tanto preventivos para cárie dental, quanto interceptativos no tratamento da mesma, que quando não levados a termo podem ocasionar as mais diversas formas de manifestação de problemas endodônticos. O desfecho da falta de atenção primária à Saúde Bucal, nos aspectos prevenção e tratamento da cárie dental, pode implicar na necessidade futura do envolvimento de uma esfera secundária de atenção, onde a especialidade Endodontia há que ser requisitada, obviamente com custos maiores, não só econômicos, mas mormente biológicos, para o Estado, instituição e paciente. Apesar destas colocações, também vislumbra-se uma aparente melhora no quadro de Saúde Bucal desta população, na perspectiva de que, a princípio, ao se aplicarem os recursos da Endodontia com o intuito de se salvar um elemento dentário, está-se evitando uma extração ou perda dentária, que é fato altamente verificado na maioria dos levantamentos desta natureza. Como apontam Togna et al. (2005), que encontraram as exodontias convencionais como a origem dos afastamentos mais prevalentes em sua pesquisa, relacionada ao absenteísmo odontológico. E Mazilli (2004) corrobora este achado com as exodontias por via alveolar (K08.1) também sendo mais prevalentes. Também para Hito, em 2007, a K08 foi a CID mais prevalente em sua pesquisa com 84,85%. E mais recentemente, Cruz et al., (2013) também encontraram como CID-10 mais prevalente a K08.1, com um índice de 40,9%. Esta maior tendência não foi identificada no presente estudo.

Não obstante tais fatos, um outro ponto positivo e interessante é o aparente direcionamento de recursos para a implantação da atenção secundária à Saúde Bucal que parece ganhar espaço neste cenário, quando verifica-se uma significativa presença de atestações aviadas para justificar tratamentos mais complexos e de especialidade, a exemplo da Endodontia citada, e do que também ocorre com a Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais na execução de procedimentos cirúrgicos dos dentes inclusos ou retidos, também verificada de forma expressiva.

6.22 COMPARAÇÃO E CORRELAÇÃO ANALÍTICA ENTRE OS RESULTADOS DOS ESTUDOS PROSPECTIVO E RETROSPECTIVO PARA VARIÁVEIS QUANTITATIVAS

Analisando-se o Risco Relativo de se solicitar afastamento por motivo de doença de origem médica e/ou odontológica, ou seja, de se desenvolver o Absenteísmo-doença inespecífico, o Absenteísmo Médico e o Absenteísmo Odontológico, para os estudos Retrospectivo e Prospectivo quando correlacionados, verificou-se que o risco relativo (RR) ou a tendência de solicitação de afastamento segundo as modalidades descritas de Absenteísmo e ajustado em proporções foi maior no estudo da Prevalência para todas as condições verificadas. Os RRs variaram de uma razão de 1,21:1 para o Absenteísmo Odontológico, de 1,05:1 para o Absenteísmo Médico e de 1,03:1 para o Absenteísmo-doença inespecífico. Consequentemente a aplicação do Teste do Qui-quadrado (χ^2), notou-se ausência de significância estatística ($p>0,05$) para as proporções de indivíduos que se afastaram por motivos de doença médica e/ou odontológica de ambos os estudos, retrospectivo e prospectivo, ou seja, a proporção de servidores que faltaram no estudo da Prevalência não foi estatisticamente diferente da proporção de funcionários que se ausentaram no estudo da Incidência, ainda, os indivíduos faltaram praticamente na mesma proporção em ambos os períodos avaliados.

Por fim, uma análise comparativa inferencial através da estatística analítica, por meio da Correlação de Spearman e do Teste de Wilcoxon, é realizada com o propósito de se confrontarem os principais resultados, de ambos os estudos da Incidência e da Prevalência, cujas características possam apontar para um panorama que retrate qual o comportamento do Estado de Saúde do Servidor, avaliado a partir das mudanças ocorridas no ambiente de trabalho, marcadas pela padronização do controle biométrico de frequência ao trabalho, entre um período e o outro do estudo em tela, como complemento a análise indutiva já realizada por meio da comparação dos resultados obtidos com a estatística descritiva.

Para esta análise tomam-se três quesitos da pesquisa que refletem de maneira global o “retrato” da Saúde do trabalhador estudado: a Quantidade Total de Afastamentos (somatória esta de todas as ausências ao labor por motivo de doença, médica ou odontológica), o Período Total de Afastamentos em Dias, que nada mais é que a soma de todos os dias de trabalho perdidos, ocasionados pela soma de

todas as referidas ausências, e a Frequência de Afastamentos em Dias que apontou a cada quantos dias o funcionário público se ausentou do trabalho por motivo de doença, condições estas que espelham de forma muito transparente o quadro de Saúde geral desta população, quando correlacionadas, em que pese o fato de que a mesma tendência encontrada para estas três situações também é demonstrada por todos os outros quesitos levantados.

Assim, foi possível identificar que todas médias do levantamento prospectivo, e as medianas diferentes de zero, diminuíram quando comparadas ao levantamento retrospectivo. Desta maneira, a média e a mediana da Quantidade Total de Afastamentos passaram de 11,97 e 7, para 6,20 e 4, do estudo retrospectivo para o prospectivo, respectivamente, e o mesmo pôde ser visto quanto ao Período Total de Afastamentos em Dias, onde a média e a mediana de 107,53 e 17, caíram para 34,74 e 7, da mesma forma que a Frequência de Afastamento em Dias, da média e mediana de 484,25 e 214,83, baixou para 143,52 e 78,28. Portanto, aparentemente parece ter havido uma queda substancial das médias e medianas destes eventos, que induziriam ao pensamento de uma melhora do quadro de saúde destes indivíduos, apesar da demonstração de que as faltas ao trabalho foram cerca de 3 vezes mais frequentes, em média e mediana.

E mais, claramente se constatou que, excetuando-se a comparação entre os resultados obtidos em ambos os levantamentos dos Dias Perdidos por Afastamento Odontológico por Falta Justificada no Teste de Wilcoxon ($p=0,083$), todas as outras comparações entre: Quantidade de Afastamentos por Falta Justificada, Quantidade de Afastamentos por Auxílio-Doença, Quantidade de Afastamentos por Acidente de Trabalho, Quantidade Total de Afastamentos, Período Total de Afastamentos em Dias, Frequência de Afastamentos em Dias, Número de Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada, Dias Perdidos por Afastamentos Odontológicos por Falta Justificada, Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada, Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Falta Justificada, Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença, Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença, Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho, Dias Perdidos por Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho, apresentaram níveis de significância estatística, tanto para a Correlação de Spearman, como para o Teste de Wilcoxon.

Parece que se pode afirmar, baseado na Correlação de Spearman, que os servidores com maiores valores encontrados para estes tópicos estudados no levantamento retrospectivo, tem tendência de também ter os maiores valores no levantamento prospectivo. Portanto, os trabalhadores que mais problemas de saúde tinham no período retrospectivo, continuam sendo os que mais agravos à saúde apresentaram no período prospectivo.

No entanto, a partir do Teste de Wilcoxon, praticamente para todos os quesitos confrontados há uma evidência indutiva com significância da diminuição do número destes eventos avaliados do período retrospectivo para o prospectivo, como seria de se esperar, dado a discrepância de espaços de tempo entre os períodos analisados. Assim, da análise e comparação destes resultados estatisticamente significantes e, das médias e medianas aferidas, há uma intuição de que tenha havido uma diminuição dos agravos à saúde, de um período para o outro, pela aparente diminuição absoluta do números destes eventos.

Visto de forma descontextualizada, por que não dizer, desavisada, pode-se criar uma ilusória impressão de que haja um quadro de melhora da saúde do trabalhador estudado. No entanto, cumpre ressaltar que tais inferências não consideram a discrepância entre os períodos dos levantamentos estudados, onde no retrospectivo avaliou-se a amostra ao longo de 11 anos e 5 meses, ou seja 137 meses, e no prospectivo, a mostra remanescente foi subsequentemente acompanhada por 1 ano e 6 meses somente, 18 meses. A despeito destes resultados analíticos obtidos, claro e evidente é que todos os eventos registrados, que associavam doença e falta ao trabalho, ocorreram na coorte prospectiva num período 7,61 vezes menor que o período retrospectivo, em que os mesmos eventos também foram averiguados. Implica-se que o intervalo de tempo do estudo da Prevalência equivale a 761,11% do intervalo de tempo do estudo da Incidência. Quando se confrontam estes números aos valores absolutos e relativos, e as médias e medianas dos eventos avaliados, a exemplo do que se faz também para interpretar a estatística analítica executada, as diferenças de um levantamento para o outro, da Prevalência para a Incidência, parecem irrisórios, quando comparados a substancial diferença entre os lapsos temporais de cada um dos levantamentos.

E mais, quando realizadas as comparações com os mesmos testes estatísticos com **as médias anuais de cada evento para cada sujeito de pesquisa**, praticamente todas as médias dos eventos do levantamento prospectivo,

e as medianas diferentes de zero, aumentaram quando comparadas ao levantamento retrospectivo, como por exemplo, a média e a mediana da Quantidade Total de Afastamentos que passaram de 1,04 e 0,61, para 4,13 e 2,66, do estudo retrospectivo para o prospectivo, respectivamente, e o mesmo pode ser visto quanto ao Período Total de Afastamentos em Dias, onde a média e a mediana de 9,41 e 1,48, ascenderam para 23,16 e 4,66, e assim sucessivamente para as outras variáveis. Seguindo esta mesma linha de raciocínio, verificou-se também que todas as comparações das médias anuais dos eventos apresentaram os mesmos níveis de significância estatística para a Correlação de Spearman, confirmando que os mesmos que faltaram muito no período retrospectivo, mesmo nas médias anuais, mantiveram este comportamento no período subsequente prospectivo. E, por sua vez, as comparações entre as médias anuais também demonstraram níveis de significância para o Teste de Wilcoxon para a maioria dos eventos confrontados, a exceção daqueles relacionados aos afastamentos e dias perdidos por Auxílio-Doença e Acidente de Trabalho, confirmando analiticamente um real aumento do número de eventos de afastamentos, em regra, do período retrospectivo, onde de avaliou a Prevalência, para o período prospectivo da análise da Incidência, apontando uma correlação entre a exposição à variável “controle de frequência biométrico” e o aumento dos agravos à Saúde sofridos pelos servidores da amostra acompanhada.

A partir da premissa de que um estudo de Incidência não tem a pretensão de estabelecer causalidades, posto ser um estudo observacional, contudo possibilita a correlação entre os resultados obtidos com a exposição à variável a que se submeteu a amostra, e desta correlação uma avaliação intuitiva conclusiva.

Fato posto, é imperativo que se faça uma análise e interpretação criteriosa e contextualizada de todos os resultados obtidos de todas as características envolvidas no estudo, para que correlações e inferências possam ser feitas a partir, tanto de uma análise estatística indutiva, como descritiva, de forma confiável e cientificamente embasada, evitando-se falácias.

7 CONCLUSÕES

---

7 CONCLUSÕES

Inicialmente, conforme o propósito secundário, na revista da literatura atual constatou-se que as atestações de estados de saúde estão bem embasadas, fundamentadas e consolidadas no Brasil para médicos e odontólogos, do ponto de vista Legal, Ético, Normativo e Jurisprudencial, com amparo na Ciência Baseada em Evidências.

De forma conclusiva geral, sob a ótica do estudo realizado com fulcro na avaliação de uma coorte prospectiva, os resultados obtidos na Incidência, quando confrontados com os do estudo preliminar no qual se analisou a Prevalência do Absenteísmo, indicam que a implantação do controle de frequência biométrico digital do funcionalismo na Instituição avaliada possível e provavelmente, pelos fortes indícios apurados, está correlacionada a um agravo à saúde do servidor avaliado, salvo melhor juízo, se outros eventos não compactuarem com tal afirmação.

Destarte, de acordo com os resultados encontrados e a proposição específica do presente estudo, parece-nos lícito concluir que:

- A solicitação de afastamentos por motivo de saúde geral ocorreu com mais frequência:
  - No gênero feminino, em ambos os estudos, da Incidência e Prevalência;
  - Na faixa etária de 30 a 39 anos na Incidência, e 40 a 49 anos na Prevalência;
  - No cargo de Professor, tanto na Incidência, como na Prevalência;
  - No nível de escolaridade de ensino superior, em ambos os levantamentos, da Incidência e Prevalência;
  - Na faixa salarial com renda entre 1 a 3 salários mínimos, na Incidência e Prevalência.
- A solicitação de afastamentos por motivo especificamente odontológico ocorreu com mais frequência:
  - No gênero feminino, em ambos os estudos, da Incidência e Prevalência;

- Na faixa etária de 40 a 49 anos, em ambos os levantamentos, da Incidência e Prevalência;
- No cargo de Professor, na Incidência e na Prevalência;
- No nível de escolaridade de ensino superior, em ambos os estudos, Incidência e Prevalência;
- Na faixa salarial com renda entre 1 a 3 salários mínimos, na Incidência e na Prevalência.
- A área da Administração mais afetada por problemas de saúde, seja médico ou odontológico, foi a Secretaria de Educação, em ambos os estudos da Incidência e da Prevalência;
- Os cargos mais envolvidos no processo de benefício do auxílio-doença foram os de, Servente na Incidência, e Professor na Prevalência;
- As causas mais frequentes de afastamento puderam ser divididas e subdivididas em:
  - Segundo a origem, em ordem decrescente de Incidência e Prevalência:
    - Exclusivamente Médica;
    - Médica e Odontológica;
    - Exclusivamente Odontológica.
  - Segundo a etiologia, as mais ocorrentes:
    - **Médica:**
      - ✓ **Incidência** dos Fatores que influenciam o Estado de Saúde e o contato com os Serviços de Saúde (**Z00-Z99**) e **Prevalência** das Doenças do Aparelho Respiratório (**J00-J99**);
      - ✓ A **CID** mais **incidente** por categoria foi a **Z76.3**, Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente, e a mais **prevalente**, a **J11**: Influenza devido à vírus não identificado (Gripe). Isoladamente, em ambos os levantamentos, a CID **A09**, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível foi a mais frequente.
    - **Odontológica:**
      - ✓ **Incidência e Prevalência** das Doenças da polpa e dos tecidos periapicais (**K04**);

- ✓ A **CID** mais **incidente** por categoria e isoladamente foi a **K04.1**, Necrose da polpa, e a mais **prevalente** na categoria a **K04**, doença da polpa e dos tecidos periapicais, e isoladamente a **K01.0**, Dentes inclusos.
- Ocorreu um expressivo aumento dos períodos de afastamentos quantificados para todos os eventos e motivos descritos, **em suas médias anuais**, no levantamento prospectivo, quando comparados aos mesmos períodos e eventos descritos do estudo preliminar retrospectivo.
- A frequência média dos afastamentos quantificada apontou que houve uma diminuição significativa do período de tempo entre um afastamento e outro solicitado no período prospectivo, quando comparado ao retrospectivo.
- Houve um maior montante de afastamentos por causas médicas quando comparado a soma dos afastamentos por causas odontológicas, em ambos os levantamentos. Esta discrepância quantitativa pode ser atribuída a um universo de patologias muito maior existente na Medicina, haja vista a própria CID-10 com seus 21 capítulos, todos contemplados por patologias da área médica, em detrimento a um espectro muito menor de categorias que concernem a Odontologia, o que proporciona um maior e mais significativo conjunto de opções e de possibilidades de atestações na área médica que na odontológica, relativas às manifestações patológicas de ambas áreas. Contudo, mesmo este aparente menor número de patologias atestadas pela Odontologia, no contexto global, quando comparado ao universo muito mais abrangente de patologias e atestações na área médica, se converte em um montante substancialmente expressivo proporcionalmente.
- As afecções de origem odontológica mais frequentes, de acordo com a sua manifestação, foram as de tecidos duros, em ambos os levantamentos.
- As afecções de origem médica mais frequentes, de acordo com sua manifestação, foram as físicas, em ambos os levantamentos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Alves D, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(2):195-200.

Andrade TB, Souza MGC, Simões MPC, Andrade FB. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. *Scientia Medica.* 2008;18(4):166-71.

Aragão J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis.* 2011;3(6):59-62.

Balasteghin FSMM, Morrone LC, Silva-Junior JS. Absenteísmo-doença de curta duração entre operadores de telemarketing. *Rev Bras Med Trab.* 2014;12(1):16-20.

Bomfim RA, Camanho EDL, Crosato EM, Crosato E, Mazzilli LEN. Absenteísmo por motivo odontológico na prefeitura do município de Gurarulhos. *J Manag Prim Health Care.* 2013;4(2):169-75.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Brasília, (1988 out. 05) [acesso em 2014 mar 26]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Brasil. Decreto n. 27.048, de 12 de agosto de 1949. Aprova o regulamento da Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949, que dispõe sobre o repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos. *Diário Oficial [dos] Estados Unidos do Brasil, Poder Executivo, Rio de Janeiro* (1949 ago 16) [acesso em 2013 jan 22]; Sec. 1:1. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/2608427/dou-secao-1-16-08-1949-pg-1/pdf>.

Brasil. Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília*, (1999 maio 7) [acesso em 2013 jan 22]; Sec. 1:50-108. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/1168163/dou-secao-1-07-05-1999-pg-106/pdfView>.

Brasil. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial [dos] Estados Unidos do Brasil, Atos do Governo, Rio de Janeiro*, (1940 dez 31) [acesso em 2014 abr 21]; Sec. 1:23911-34. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/2591940/pg-3-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-31-12-1940/pdfView>.

Brasil. Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. . *Diário Oficial [dos] Estados Unidos do Brasil, Atos do Governo, Rio de Janeiro*, (1941 out 13) [acesso em 2014 abr 21]; Sec. 1:19699-729. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/2548767/pg-5-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-13-10-1941/pdfView>.

Brasil. Decreto-Lei n. 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial [dos] Estados Unidos do Brasil, Atos do Governo, Rio de*

Janeiro, (1943 ago 9) [acesso em 2013 jan 22]; Sec. 1:1-48. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/2403914/dou-secao-1-09-08-1943-pg-1/pdfView>.

Brasil. JusBrasil. Processo RR 3068721319965035555 306872-13.1996.5.03.5555 (Recurso de Revista – TST – 5ª Turma). Atestado médico sem o CID - faltas. O atestado médico, sem a codificação da enfermidade, conforme exigência do Código Internacional de Doença, não constitui documento hábil para abonar as faltas ao trabalho e assegurar o pagamento dos salários respectivos. Revista parcialmente conhecida e provida. Brasília: JusBRasil; 1999 [acesso em 2014 mai 01]. Disponível em: <http://tst.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1913688/recurso-de-revista-rr-3068721319965035555-306872-1319965035555>.

Brasil. JusBrasil. Processo HC 62910 PR 2006/0155133-4 (*Habeas Corpus* – STJ – Quinta Turma). Criminal. HC. Uso de Documento Falso. Falsidade Ideológica. Pleito de correção da classificação penal. Conduta que se amolda, em tese ao tipo de uso de atestado médico falso. Adequação. Crime próprio. Não caracterização. Delito de menor potencial ofensivo. Competência do juizado especial federal. Remessa do feito determinada. Ordem concedida. Brasília: JusBrasil; 2006 [acesso em 2014 abr 26]. Disponível em: <http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/27821/habeas-corpus-hc-62910-pr-2006-0155133-4>.

Brasil. JusBrasil. Processo 00140-2009-020-10-4 RO (Acórdão 2ª Turma). Licença para acompanhamento de pessoa da família. Enfermidade de filho. Ausências da mãe ao trabalho para acompanhá-lo. Direito à saúde. Proteção da maternidade e à criança. Princípios constitucionais. Ponderação de valores. Descontos indevidos. Brasília: JusBrasil; 2009 [acesso em 2013 jan 22]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/8779094/recurso-ordinario-ro-140200902010004-df-00140-2009-020-10-00-4-trt-10/inteiro-teor>.

Brasil. JusBrasil. Processo AI 1216382009 BA 0012163-8/2009 (Agravado de Instrumento – TJ – BA). Processo Civil. Agravado de Instrumento. Atestado médico. Pena de confissão e determinação de indiciamento por crime de falsidade e uso de documento falso. Ausência de procedimento prévio. Fundamentação insuficiente. Presunção de veracidade do atestado. Brasília: JusBrasil; 2010 [acesso em 2014 abr 26]. Disponível em: <http://tj-ba.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19108730/agravo-de-instrumento-ai-1216382009-ba-0012163-8-2009>.

Brasil. JusBrasil. Processo 1339201002016000 MA 01339-2010-020-16-00-0 (RO – TRT – 16ª. Região). Atestado médico. Imprestabilidade. Confissão ficta. Mantida. Haja vista que a recorrente foi notificada para comparecer em audiência, tendo conhecimento prévio do dia e hora marcados pelo juízo, certo é que, no atestado médico, deveria constar informações consignando, expressamente, a impossibilidade de locomoção de preposto seu naquela data, na forma da orientação jurisprudencial cristalizada por meio da Súmula n. 122 do TST. Recurso Ordinário que se conhece para negar provimento. Brasília: JusBrasil; 2011 [acesso em 2014 mai 01]. Disponível em: <http://trt-16.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/20600155/1339201002016000-ma-01339-2010-020-16-00-0/inteiro-teor-20600156>.

Brasil. JusBrasil. Processo 01821-2003-020-03-00-2 (RO - 8ªT – TRT – 3ªR.). Atestado médico - Ausência de registro de "CID" - Invalidade: Atestado médico apresentado no dia da dispensa pelo empregado e que não contém registro do CID referente à doença é desprovido de validade, não induzindo nulidade da dispensa. Brasília: JusBrasil; 2012 [acesso em 2014 mai 01]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/49487984/trt-3-11-12-2012-pg-95>.

Brasil. JusBrasil. Processo EI 200850020006725 (Acórdão da 1ª Seção Especializada do Tribunal Regional Federal da 2ª Região). Penal. Embargos Infringentes. Art. 299 e 304, ambos do CP. Falsidade Ideológica e Uso de Documento Falso. Atestado Médico Falso. Pena substitutiva restritiva de direitos. Voto vencido pugna pela absolvição dos dois réus sob os fundamentos de crime impossível e falta de provas. Materialidade e autorias delitivas comprovadas. Presença de dolo. Crimes consumados. Embargos Infringentes Desprovidos. Brasília: JusBrasil; 2013 [acesso em 2014 abr 26]. Disponível em: <http://trf-2.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24221234/enul-embargos-infringentes-e-de-nulidade-ei-200850020006725-trf2>.

Brasil. Lei n. 605, de 05 de janeiro de 1949. Dispõe sobre repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos. Diário Oficial [dos] Estados Unidos do Brasil, Atos do Poder Legislativo, Rio de Janeiro, (1949 jan 14) [acesso em 2013 jan 22]; Sec. 1:1. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/2243414/dou-secao-1-14-01-1949-pg-1/pdfView>.

Brasil. Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. Diário Oficial [dos] Estados Unidos do Brasil, Atos do Poder Legislativo, Rio de Janeiro, (1957 out 1) [acesso em 2013 jan 22]; Sec. 1:1-3. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/2942543/dou-secao-1-01-10-1957-pg-1/pdfView>.

Brasil. Lei n. 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da Odontologia. Diário Oficial [dos] Estados Unidos do Brasil, Atos do Poder Legislativo, Rio de Janeiro, (1966 ago 24) [acesso em 2013 jan 22]; Sec. 1:1. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/2959600/dou-secao-1-26-08-1966-pg-1/pdfView>.

Brasil. Lei n. 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Código de Processo Civil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Atos do Poder Legislativo, Brasília, (1973 jan 17) [acesso em 2014 abr 21]; Sec. 1:1-277. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/2929189/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-17-01-1973/pdfView>.

Brasil. Lei n. 6.215, de 30 de junho de 1975. Altera a redação do item III do Artigo 6º da Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966, que “Regula o exercício da Odontologia”. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Atos do Poder Legislativo, Brasília, (1975 jun. 30) [acesso em 2013 mar 13]; Sec. 1:1. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/3166737/dou-secao-1-01-07-1975-pg-1/pdfView>.

Brasil. Lei n. 6.367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Atos do Poder Legislativo, Brasília, (1976 out. 19) [acesso em 2013 mar 13]; Sec. 1:1-4.

Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/3386600/dou-secao-1-21-10-1976-pg-1/pdfView>.

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Atos do Poder Legislativo, Brasília, (1990 set. 20) [acesso em 2013 jan 22]; Sec. 1:1-5.

Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/1196309/dou-secao-1-20-09-1990-pg-1/pdfView>.

Brasil. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, (1991 jul 25) [acesso em 2013 jan 22]; Sec. 1:9-19. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/1123327/dou-secao-1-25-07-1991-pg-9/pdfView>.

Brasil. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil Brasileiro. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Atos do Poder Legislativo, Brasília, (2002 jan 11) [acesso em 2014 abr 21]; Sec. 1:1-337. Disponível em:

<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/419211/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-11-01-2002/pdfView>.

Brasil. Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina.

Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, (2013 jul 11) [acesso em 2014 mar 15]; Sec. 1 :1-2. Disponível em:

<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/56517352/dou-secao-1-11-07-2013-pg-1/pdfView>.

Brasil. Lei Complementar Municipal n. 539, de 08 de outubro de 2014. Regulamenta o abono de faltas ao serviço quando necessárias ao acompanhamento da crianças, adolescentes e idosos durante consultas e internações médicas e dá outras providências. Câmara Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo, Santa Cruz do Rio Pardo, (2014 out 08) [acesso em 2014 out 20]. Disponível em:

http://www.camarasantacruzdorioripardo.sp.gov.br/legislacao.php?categoria_id=3&documento_lei=&documento_ano_i=&documento_ano_f=&documento_assunto=&p=3.

Brasil. LexML. Processo RR 115600-40.2007.5.01.0012 (Recurso de Revista – TST – 8ª Turma). Recurso de Revista – Revelia – Atestado médico – Impossibilidade de Locomoção. Incidência da Súmula n.122 do TST. Recurso de Revista conhecido e provido. Brasília: LexML; 2010 [acesso em 2014 mai 01]. Disponível em:

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:tribunal.superior.trabalho;turma.8:acordao;rr:2010-03-03;115600-2007-12-1-0>.

Brasil. Medida Provisória n. 664, de 30 de dezembro de 2014. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e a Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003. Diário Oficial da União

[da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, (2014 dez 30) [acesso em 2015 fev 17]; Edição extra - Sec. 1 :1-2. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/82791828/dou-edicao-extra-secao-1-30-12-2014-pg-1/pdfView>.

Brasil. Ministério da Justiça. OBID - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. Pesquisas e Estatísticas/Conceitos Estatísticos/Estudo de Coorte. Brasília; 2007 [acesso em 2014 mar 29]. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11448&rastror=PESQUISAS+E+ESTAT%C3%8DSTICAS%2FConceitos+Estat%C3%ADsticos/Estudo+de+Coorte.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Brasília; 2008 [acesso em 2013 jan 22]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.

Brasil. Tribunal Superior do Trabalho. Precedente Normativo n. 95. Abono de falta para levar filho ao médico. Brasília: Tribunal Superior do Trabalho; 1998 [acesso em 2013 jan 22]. Disponível em: http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/PNcom_indice/PN_completo.html#Tema PN95.

Brasil. Resolução CFM 1.658/2002, de 13 de dezembro de 2002. Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais, Brasília, (2002 dez 20) [acesso em 2013 jan 22]; Seção 1:422. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/814562/dou-secao-1-20-12-2002-pg-422/pdfView>.

Brasil. Resolução CFM 1.851/2008, de 14 de agosto de 2008. Altera o art. 3º da Resolução CFM 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais, Brasília, (2008 ago 18) [acesso em 2013 jan 22]; Sec. 1:256. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/716857/dou-secao-1-18-08-2008-pg-256/pdf>.

Brasil. Resolução CFM 1.931/2009, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais, Brasília, (2009 set 24) [acesso em 2014 mar 27]; Sec. 1:90-92. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/887435/pg-90-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-24-09-2009/pdfView>.

Brasil. Resolução CFO 63/2005, de 08 de abril de 2005. Aprova a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Rio de Janeiro, (2005 abr 19) [acesso em 2014 mar 27]. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>.

Brasil. Resolução CFO 118/2012, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em

substituição. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais, Brasília, (2012 jun 14) [acesso em 2014 mar 16]; Sec. 1:118-121. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/37858939/dou-secao-1-14-06-2012-pg-118/pdfView>.

Capelari MM. O perfil do absenteísmo na administração pública: atestação médico-odontológica na saúde do servidor [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo; 2013.

Carvalho CM, Coelho MP, Radicchi R. Absenteísmo por causas odontológicas em cooperativa de produtores rurais do Estado de Minas Gerais. UFES Rev Odontol. 2007;9(2):27-32.

Carvalho ES, Hortense SR, Rodrigues LMV, Bastos JRM, Sales Peres A. Prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal do trabalhador. RGO. jul/set. 2009;57(3):345-9.

CFM – Conselho Federal de Medicina. PROCESSO CONSULTA CFM. N° 0380/90 PC/CFM/N° 05/1991, de 19 de fevereiro de 1991. É infração de ética fornecer atestado médico para pessoa da própria família? Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1991 [acesso em 2014 mar 15]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/1991/5_1991.htm.

Cook DJ, Guyatt GH, Laupacis A, Sackett DL, Goldberg RJ. Clinical recommendations using levels of evidence for antithrombotic agents. Chest. Oct. 1995;108(4 Suppl):227S-30S.

CREMEC - Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. Parecer CREMEC n. 01/99, de 04 de janeiro de 1999. O atestado médico emitido por médico legalmente habilitado, revestido de lisura e perícia, é válido e possui todas as prerrogativas legais a que se destina, sendo porém ineficaz para abonar falta ao trabalho, se estiver em desconformidade com a Lei pertinente ao assunto. Fortaleza: Conselho Regional de Medicina do Ceará; 1999 [acesso em 2013 jan 22]. Disponível em: <http://www.cremec.com.br/pareceres/1999/par0199.htm>.

CREMEC - Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. Parecer CREMEC n. 02/13, de 19 de janeiro de 2013. Atestado Médico – Atestar para si mesmo. Diagnóstico no Atestado. Atestado e Especialidade do Médico que atesta. Fortaleza: Conselho Regional de Medicina do Ceará; 2013 [acesso em 2014 mar 15]. Disponível em: <http://www.cremec.com.br/pareceres/2013/par0213.pdf>.

Cruz AS. Delineamento de estudos científicos. Residência Pediátrica. 2011;1(2):11-4.

Cruz CRB, Shirassu MM, Barbosa PLQ, Santana AMR. Transtornos mentais como causa de absenteísmo entre servidores públicos em São Paulo. Rev Psiq Clín. 2011;38(6):265-6.

Cruz DMO, Kalil FLH, Nunes NA. Absenteísmo Odontológico Registrado na Unidade do SIASS da Universidade Federal da Bahia após Perícia Oficial. *Revista Cognitio UniLins*. 2013;(1):1-11.

Coelho MP, Oliveira MA, Araújo VE, Carvalho CM. Absenteísmo por causas odontológicas em uma empresa agropecuária da Região Sudeste do Estado de Minas Gerais. *Rev Bras Pesquisa em Saúde*. 2010;12(1):14-8.

Cunha, CCB. Adoecimento e Afastamento do Trabalho de Servidores Públicos Estaduais de Santa Catarina, 1995 a 2005 [dissertação]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

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

Dimarzio G. Absenteísmo entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde no município de Amparo: 2006 e 2009 [dissertação]. Campinas (SP): Universidade de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2011.

Dissen CM, Beck CLC, Prestes FC, Freitas NQ, Coelho APF, Sangoi TP. Caracterização do absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. *Rev enferm UFPE on line*. 2014;fev;8(2):272-8.

Estevan JO. Causas do afastamento da equipe de saúde bucal no Serviço público [monografia]. Piracicaba (SP): Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Fakih FT, Tanaka LH, Carmagnani MIS. Ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):378-85.

Fernandes SM, Carneiro AV. Tipos de Estudos Clínicos. II. Estudos de Coorte. *Rev Port Cardiol*. 2005;24(9):1151-8.

Ferreira EV, Amorim MJDM, Lemos RMC, Ferreira NS, Silva FO, Laureano-Filho JR. Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um Hospital Universitário do Estado de Pernambuco. *Rev Rene*. 2011;12(4):742-9.

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

Grassi PR, Laurenti R. Implicações da introdução da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças em análise de tendência da mortalidade por causas. *IESUS*. 1998;7(3):43-7.

Hey AP, Montezeli JH, Bobroff MCC, Pádua E, Hamasaki RT, Caveião C. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma indústria de peças e componentes automotivos de Curitiba – Paraná. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*. 2013;jan/jun;2(1):27-36.

- Hito SC. Condições de trabalho e absenteísmo odontológico em uma indústria frigorífica no Brasil: uma contribuição à gestão da saúde ocupacional [dissertação]. São Paulo (SP): Centro Universitário SENAC; 2007.
- Hollister MC, Weintraub JA. The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity. *J Dent Educ.* 1993;57(12):901-12.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Infográficos: Dados Gerais do Município. População. Santa Cruz do Rio Pardo. São Paulo; 2014 [acesso em 2014 mar 25]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=354640&search=sao-paulo|santa-cruz-do-rio-pardo|infogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>.
- Jaafar N, Razak IA, Zain RB. The social impact of oral and facial pain in an industrial population. *Ann Acad Med Singapore.* 1989;18(5):553-5.
- Kelsen H. Teoria pura do direito. 9. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013, 208p.
- Kuschnir MCC. Estudos de Coorte. *Residência Pediátrica.* 2012;2(2):9-11.
- Lacerda JT, Ribeiro JD, Ribeiro DM, Traebert J. Prevalência da dor orofacial e seu impacto no desempenho diário em trabalhadores das indústrias têxteis do município de Laguna, SC. *Cien Saude Colet.* 2011;16(10):4275-82.
- Leão ALM, Rassi E, Turchi MD, Barbosa-Branco A, Ribeiro CAN. Perfil do absenteísmo: doença nos servidores públicos municipais de Goiânia. In: Anais da 63ª Reunião Anual da SBPC; 2011 jul 10-15; Goiânia, GO. São Paulo: SBPC; 2011 [acesso em 2013 jan 22]. Disponível em: <http://www.sbpnet.org.br/livro/63ra/conpeex/mestrado/trabalhos-mestrado/mestrado-ana-lucia.pdf>.
- Lima JRS. Absenteísmo por causa odontológica: análise comparativa entre funcionários da prefeitura do município de São José dos Campos e segurados do Instituto Nacional de Previdência Social – Inamps. Medcenter; 2001 [acesso em 2013 jan 22]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/51672527/Absenteismo-por-causa-odontologica-outubro-2001>.
- Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2003;12(4):189-201.
- Macedo CG, Queluz DP. Medical and dental absenteeism in workers from a furniture industry in Itatiba, SP, Brazil. *Braz J Oral Sci.* 2010;Oct/dec;9(4):443-8.
- Martins RJ, Garbin CAS, Garbin AJÍ, Moimaz SAS. Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado. *Rev Bras Saude Ocup.* 2005;30(111):9-15.

Marghráf MRS, Silva DV. Perfil do Absenteísmo na Prefeitura Municipal de Curitiba no período de 01/01/2009 à 31/12/2009. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública; 2010 [acesso em 2013 jan 23]. Disponível em: http://www.imap.curitiba.org.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=272&Itemid=90.

Mattke S, Balakrishnan A, Bergamo G, Newberry SJ. A review of methods to measure health-related productivity loss. *Am J Manag Care*. 2007;13(4):211-7.

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

Miotto MHM, Silott JCB, Barcellos LA. Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1357-63.

Miotto MHM, Barcellos LA, Lopes ZV. Dor de dente como preditor de absenteísmo em trabalhadores de uma indústria de sucos da Região Sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3183-90.

Nogueira DP. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. *Rev Saude Publica*. 1984;18(6):495-509.

Oenning NSX, Carvalho FM, Lima VMC. Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. *Rev Bras Saude Ocup*. 2012;37(125):150-8.

Oliveira DAL. Práticas Clínicas Baseadas em Evidências. 2009 [acesso em 2014 mar 29]. Disponível em: http://www.nesc.ufg.br/uploads/19/original_Praticas_clinicas_baseadas_em_evidencias.pdf.

Oliveira MAP, Parente RCM. Estudos de Coorte e de Caso-Controlle na Era da Medicina Baseada em Evidência. *Bras. J. Video-Sur*. 2010;3(3):115-25.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. CID-10. Décima Revisão. 5. ed. São Paulo: Edusp; 1997. 3 v.

Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL. A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. *Rev APS*. 2012;jul/set;15(3):306-11.

Pereira JCR, Paes AT, Okano V. Espaço aberto: Questões comuns sobre epidemiologia, estatística e informática. *Revista do IDPC*. 2000;7:12-7.

Pinheiro MAS. Impacto econômico do absenteísmo de enfermagem por doença em um hospital universitário do Rio de Janeiro-RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012.

Queluz DP. Odontologia do trabalho. In: Pereira AC (Org). Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Editora Napoleão; 2009. p.217-38.

Quick TC; Lapertosa JB. Análise do absentismo em usina siderúrgica. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 1982;10(40): 62-7.

Quiñonez C, Figueiredo R, Locker D. Disability days in Canada associated with dental problems: a pilot study. Int J Dent Hyg. 2011;9(2):132-5.

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

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

Reisine ST, Miller J. A longitudinal study of work loss related to dental diseases. Soc Sci Med. 1985;21(12):1309-14.

Sales Peres A, Olympio KPK, Cunha LSC, Bardal PAP. Odontologia do Trabalho e Sistema Único de Saúde: uma reflexão. Revista da ABENO. 2004;4(1):38-41.

Sales Peres SHC, Sales Peres A, Oliveira FT, Adachi A, Silva AL, Morandini ACF, et al. Absenteísmo: uma revisão da literatura sobre a ausência ao trabalho relacionada à odontologia. Rev Fac Odontol Araçatuba. 2006;27(2):96-100.

Sales Peres SHC, Sales Peres A, Fantini AM, Freitas FDR, Oliveira MA, Silva OP, et al. Sigilo profissional e valores éticos. RFO. 2008;13(1):7-13.

Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev. bras. fisioter. Jan./fev.2007;11(1):83-9.

Santos JP, Mattos AP. Absentismo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Saude Ocup. 2010;35(121):148-56.

Saravi BM, Kabirzadeh A, Rezazadeh E, Khariki MF, Asgari Z, Farahabadi EB, et al. Prevalence and Causes of Medical Absenteeism Among Staff (Case Study at Mazandaran University of Medical Sciences: 2009-2010). Mater Sociomed. 2013;Dec;25(4):233-7.

Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. Cienc Saude Coletiva. 2008;13(Sup 2):2049-58.

Teles MP, Almeida TF, Cangussu MCT, Vianna MIP. Exposição ocupacional e saúde bucal do trabalhador. Rev Cienc Med Biol. 2006;5(1):48-54.

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

Unimed – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. Manual: dicas sobre o atestado médico. Jundiaí: Central Nacional Unimed; 2006 [acesso em 2012 ago 25]. Disponível em: www.unimed.com.br/pct/servlet/ServletDownload?id.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Ficha para Coleta de Dados

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

Área de Saúde Coletiva

Disciplinas de Orientação Profissional I e II, Bioética, Deontologia e Odontologia Legal

FICHA PARA COLETA DE DADOS

Prontuário nº _____

Dados Pessoais:

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____ Gênero M ( ) F ( )

Cargo exercido: _____

Servidor desde (tempo de serviço): _____

Secretaria que presta serviço: _____

Escolaridade: ( ) SUPERIOR ( ) MÉDIO ( ) FUNDAMENTAL ( ) ANALFABETO

Faixa salarial: ( ) 1-3 SALÁRIOS ( ) 4-6 SALÁRIOS ( ) + DE 6 SALÁRIOS

Quantidade de afastamentos: _____

Causas do(s) afastamento(s): _____

_____

Período total de afastamento em dias: _____

Frequência dos afastamentos em dias: _____

Número de afastamentos odontológicos: _____

Número de afastamentos médicos: _____

Afeções de origem médica mais frequentes: _____

CID-10: _____

Afeções de origem odontológica mais frequentes: _____

CID-10: _____

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73

e-mail: arsenio@usp.br - Fone (0xx14) 3235-8256 - Fax (0xx14) 3223-4679<http://www.fob.usp.br>

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – FOB/USP

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Estudo de coorte prospectivo das características do absenteísmo na administração pública: atestação médico-odontológica na saúde do servidor

Pesquisador: Marcos Maurício Capelari

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24386713.4.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 484.549

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de doutorado intitulado: "Estudo de coorte prospectivo das características do absenteísmo na administração pública: atestação médico-odontológica na saúde do servidor" de autoria do pesquisador Marcos Maurício Capelari e sob orientação do Prof. Dr. Arsenio Sales-Peres. O trabalho se propõe a avaliar à partir de uma pesquisa anterior com 973 servidores ativos, que foi submetida a uma avaliação transversal retrospectiva de 11 anos e 5 meses, no período de 01 de janeiro de 2001 a 31 de maio de 2012, através da análise da História Médico-Odontológica Pregressa colhida dos atestados médicos e odontológicos juntados e justificantes de faltas ou afastamentos, documentos legais estes, comprovantes do motivo do absenteísmo. A partir deste levantamento epidemiológico, com base na Prevalência, propõe-se uma continuidade através de um estudo de coorte prospectivo de 1 ano e 6 meses, com os mesmos parâmetros e amostra, no período pré-estabelecido de 01 de junho de 2012 a 30 de novembro de 2013, com 340 prontuários. Propõe estudo piloto para avaliação estatística

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar, através de prontuários funcionais, o histórico médico e odontológico de servidores públicos relacionado ao Absenteísmo, sob uma análise prospectiva de Incidência, além de realizar uma atualização da revista da literatura com fulcro nos aspectos legais, éticos, normativos e

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA   **CEP:** 17.012-901
UF: SP   **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8358   **Fax:** (14)3235-8358   **E-mail:** cep@fob.usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 484.549

científicos, no que tange às atestações de estados de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há riscos na pesquisa, uma vez que será análise em prontuários.

Benefícios: Os dados coletados serão submetidos a tratamento estatístico pertinente buscando fornecer subsídios para discussão e conclusão do trabalho, levantando questões a serem analisadas e posteriormente informadas à administração municipal, como sugestão para melhoria da qualidade de vida e saúde do servidor dentro do ambiente de trabalho, contribuindo para a redução do absenteísmo e aumento da produtividade, e consequente acréscimo na qualidade da prestação do serviço público.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de coorte prospectivo de 1 ano e 6 meses, no período de 01 de junho de 2012 a 30 de novembro de 2013 nos prontuários de 340 servidores públicos da cidade de Santa Cruz do Rio Prado/SP, para relacionar o histórico médico e odontológico com o absenteísmo, análise prospectiva de incidência e atualizar a literatura em seus aspectos legais, éticos, normativos e científicos, quanto aos atestados de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram anexados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado, sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 27.11.2013. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3235-8358 Fax: (14)3235-8358 E-mail: cep@fob.usp.br

Página 02 de 03

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 484.549

de doação assinados e rubricados.

BAURU, 09 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Izabel Regina Fischer Rubira Bullen
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

Página 03 de 03

ANEXO B – Termo de Confidencialidade

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru****Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva****TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Termo de compromisso do pesquisador para o uso de dados e preservação do material com informações sobre os sujeitos em arquivo – prontuários

Título do projeto de pesquisa: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO DAS CARACTERÍSTICAS DO ABSENTEÍSMO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: ATESTADO MÉDICO-ODONTOLÓGICA NA SAÚDE DO SERVIDOR

Pesquisador responsável: Marcos Maurício Capelari – Pós-graduando (Doutorado)

Demais pesquisadores: Prof. Dr. Arsenio Sales Peres – Orientador

Instituição de origem dos pesquisadores: Faculdade de Odontologia de Bauru/USP

Área de conhecimento: Saúde Coletiva – Odontologia do Trabalho

Curso: Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas Aplicadas, da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP, Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

Telefones para contato: (14)3235-8357 / (14)3235-8256

Local da coleta de dados: Departamento de Recursos Humanos, da Secretaria da Administração, da Prefeitura do Município de Santa Cruz do Rio Pardo-SP

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados (informações) serão estudados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possa identificar o sujeito da pesquisa.

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-101 – C.P. 73
e-mail: depooso@fob.usp.br – Fone (0xx14)3235-8256 - Fax(0xx14) 3223-4679
<http://www.fob.usp.br>

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

Os pesquisadores DECLARAM ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente poderão ser acessadas por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Bauru, 4 de novembro de 2013.

Marcos Maurício Capelari
Autor

Prof. Dr. Arsenio Sales Peres
Orientador

ANEXO C – Termo de Aquiescência

Prefeitura de Santa Cruz do Rio Pardo

ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO A

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

Declaro que tenho ciência e autorizo **Marcos Maurício Capelari** a avaliar, através de prontuários funcionais dos servidores públicos desta municipalidade, o histórico médico-odontológico relacionado ao Absentismo, para fazer parte do Projeto de Pesquisa intitulado **"ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO DAS CARACTERÍSTICAS DO ABSENTEÍSMO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: ATESTAÇÃO MÉDICO-ODONTOLÓGICA NA SAÚDE DO SERVIDOR"**, sob orientação do Prof. Dr. Arsenio Sales Peres, da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo.

Saliento que a presente pesquisa só poderá ser iniciada nesta Secretaria após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

Comprometo-me a cumprir todas as exigências contidas na resolução do CNS/MS n. 466 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013.

Santa Cruz do Rio Pardo, 29 de outubro 2013.

Edwin Luiz Brondi de Carvalho
Secretário de Administração

Praça Deputado Leônidas Camarinha, 340 – Centro – Fone: (0XX14) 3332-4000 – CEP: 18.900-000
Santa Cruz do Rio Pardo-SP
"Tudo para o bem de todos"
www.santacruzdorioripardo.sp.gov.br

ANEXO D – Declaração de Isenção de Ônus

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru
Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS

DECLARO, que a realização do Projeto de pesquisa intitulado ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO DAS CARACTERÍSTICAS DO ABSENTEÍSMO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: ATESTADO MÉDICO-ODONTOLÓGICA NA SAÚDE DO SERVIDOR, de autoria de Marcos Maurício Capelari, sob minha orientação, não acarretará ônus financeiro para a Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo-SP.

Bauru, 4 de novembro de 2013.

Prof. Dr. Arsenio Sales Peres
Orientador

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-101 – C.P. 73
e-mail: depoosc@fob.usp.br – Fone (0xx14)3235-8256 - Fax(0xx14) 3223-4679
<http://www.fob.usp.br>