UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

MARCOS MAURÍCIO CAPELARI

**O perfil do absenteísmo na administração pública: atestação
médico-odontológica na saúde do servidor**

BAURU
2013

MARCOS MAURÍCIO CAPELARI

**O perfil do absenteísmo na administração pública: atestação
médico-odontológica na saúde do servidor**

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre 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
2013

C17p Capelari, Marcos Maurício
O perfil do absenteísmo na administração pública: atestação médico-odontológica na saúde do servidor / Marcos Maurício Capelari. -- Bauru, 2013.
185 p. : il. ; 31cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientador: Prof. Dr. Arsenio Sales Peres

Nota: A versão original desta dissertação 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 dissertação, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: Parecer 17195 –
CAAE: 02198912.4.0000.5417
Data: 02/05/2012

DEDICATÓRIA

Dedicatória,

Dedico este trabalho à **minha Família**, fundamento da minha vida, sem a qual eu não existiria, tampouco sobreviveria...

Aos meus amados pais **Nadir de Oliveira Cappellari** e **Maurício Cappellari**, meus primeiros e eternos **MESTRES**, a quem devo o que Sou, como ser humano e profissional, que além da vida, me deram subsídios para formação do meu caráter. **Vocês são a motivação do meu viver!**

À minha amada **Vanessa Interlichia**, esposa, amiga, companheira de todas as horas, literalmente, na alegria e na tristeza, por todo apoio, tempo dispendido em meu amparo, sempre incondicional, nas constantes dificuldades da vida. Posso afirmar sem receio, não é atrás de um grande homem que se encontra uma grande mulher, e sim ao lado! **Por tudo que passamos juntos, AMO VOCÊ!**

Aos meus filhos amados: Valentina Interlichia Cappellari, de quem subtrai um tempo precioso da minha presença na sua infância, porém em favor de uma possibilidade de um futuro melhor, e a fim de servir de exemplo e incentivo ao estudo, e a dedicação ao trabalho, não importando as circunstâncias ou a idade; à **Patrícia Franchon Marques Cappellari**, **Paolla Franchon Marques Cappellari** e **Pietro Franchon Marques Cappellari**, que conseguiram entender no passado, e no presente, minhas ausências e os objetivos maiores da vida, que tem lhes proporcionado aprendizado constante e sucesso pleno nas suas vidas, seja no estudo ou no trabalho. Perdoem minhas falhas, são muitas, quando erro, é tentando acertar... **VOCÊS QUATRO são a RAZÃO MAIOR da minha Existência!**

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos,

Agradeço a **DEUS** em primeiro lugar, pois Ele é o princípio, meio e fim de tudo, pela Família, saúde e, possibilidade de trabalho e estudo.

Agradeço a **Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo** pela acolhida e convivência nos últimos 29 anos da minha vida, esta Casa, mais que uma Instituição de Ensino, tem sido para mim um Lar. Ainda, por mais esta oportunidade de gozar da prerrogativa de ostentar mais um Título, o 4º, com a sua mais que respeitada Chancela.

Agradecimento Especial faço ao meu **Orientador Prof. Dr. Arsenio Sales Peres**, por toda sua competência, dedicação, responsabilidade, respeito, senso de justiça e ética, profissionalismo, amor a profissão e sacerdócio da Docência, você faz jus a toda reputação que lhe é imputada e que lhe precede antes mesmo que lhe conheçam, pelo ser humano ímpar que és. **Meu AMIGO**, assim penso que posso lhe chamar, certamente você mudou minha vida, e tenha convicção de que para muito melhor!

Ao meu grande amigo, professor, parceiro de todas as horas, **Prof. Dr. João Lopes Toledo Filho**, o meu muito obrigado por tudo que temos compartilhado, em especial pela nossa Amizade. Dentre as infindáveis lições e ensinamentos da vida que de você assimilei, como aluno e pessoa, aprendi que quando se ama, não há necessidade de se falar, simplesmente se sente e se reconhece.

Ao amigo e colega dos idos tempos difíceis, porém saudosos, da graduação, parceiro até os presentes dias, **Prof. Dr. Cláudio Maldonado Pastori**, sua competência e coração transcendem as dimensões mensuráveis, obrigado por tudo meu camarada.

Agradeço ao Amigo e Companheiro inseparável, profissional preparado e competente, que com sua humildade e alto astral, cativa e encanta, e torna a convivência árdua do dia-a-dia de labuta, mais suave, muito obrigado **Prof. Dr. Gustavo Lopes Toledo**.

Obrigado ao amigo e colega **Prof. Dr. Daniel Luiz Gaertner Zorzetto**, pela convivência e aprendizado.

Personalidade “mítica” com a qual tive, e tenho, a grata oportunidade de trabalhar e conviver como Amigo, faltam-me palavras para demonstrar o quanto lhe sou grato por tudo o que você representa não só para a Cirurgia, mas principalmente para mim, de coração, meu eterno agradecimento **Prof. Dr. Clóvis Marzola**.

Aos **professores, funcionários e colegas de pós-graduação**, o meu muito obrigado pela convivência e competência com que todos se portaram sempre.

Meu muito obrigado a **Profª. Drª. Sílvia Helena de Carvalho Sales Peres** por toda a atenção e dedicação para comigo e com todos os seus alunos, e orientados, parabéns pela sua competência e profissionalismo, a Sra. sem sombra de dúvidas faz a diferença.

Caro **Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris**, o Sr. é uma pessoa única, muito obrigado pela sua atenção e disponibilidade sempre presente, afável e incondicional, tem todo o meu respeito, consideração e carinho. A sua competência é inigualável.

Querido mestre, **Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos**, dos tempos, presente e de outrora, e já se vão quase 30 anos..., muito obrigado pela acolhida e convivência, além é claro dos ensinamentos sempre corretos e oportunos, o tempo passa e o Sr. continua o mesmo *gentleman*...

Às queridas **Sílvia Cristina Tonin Costa e Rosa Maria Fernandes**, não tenho palavras para agradecer a sua atenção e carinho dispensados, a mim e a todos os pós-graduandos, sempre incondicionalmente, pela sua competência, eficiência e eficácia, vocês são demais.

Agradeço ao grande amigo **Francisco Juliherme Pires de Andrade**, companheiro das horas difíceis, que muito me ajudou na elaboração deste trabalho, sem a sua ajuda teria sido penoso, quiçá impossível. Continue sendo esta pessoa companheira e amiga que és. Você é e tem um futuro brilhante.

Aos amigos e colegas **Fábio Duarte da Costa Aznar, Adriana Rodrigues de Freitas, Bruno Calzavara, Juliane Avansini Marsicano e Joselene Martinelli Yamashita**, o meu muito obrigado pelo companheirismo, convivência e amizade de todos vocês.

Os meus mais sinceros agradecimentos a **Maristela Petenuci Ferrari** que tem sido ao longo dos 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 desta empreitada.

Agradeço a **Cybelle de Assumpção Fontes** pelo incentivo, prestativa colaboração e apoio no decorrer da elaboração e correções desta dissertação, mostrando-se sempre amiga, solícita, extremamente capaz e competente no seu labor, meu muitíssimo obrigado.

Ao caro **José Roberto Plácido Amadei**, profissional exemplar e competente, agradeço-lhe a prontidão e rapidez com que colaborou para as sugestões e correções na formatação deste trabalho, fechando com “chave de ouro” e excelência pela sua habilidade incontestável nesta ceara do conhecimento.

Agradeço imensamente a todos os profissionais da Secretaria da Administração, em especial nas pessoas do Sr. **Ricardo Moral Lopes**, Secretário da Administração (Gestão 2009 – 2012) 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 a Sra. **Maura Soares Romualdo Macieirinha**, Prefeita (Gestão 2009 – 2012), obrigado pela confiança em mim depositada.

Finalmente, mas não menos importante, agradeço a Sra. **Luizete de Sousa Alexandre Pereira**, Secretária de Saúde (Gestão 2009 – 2012) pelo apoio dado durante o período desta pós-graduação, onde não poupou esforços no intuito de possibilitar a sua viabilização. Somo aqui todos os esforços e agradeço também aos amigos e colaboradores do Centro de Especialidades Odontológicas de Santa Cruz do Rio Pardo, que muito me apoiaram nesta fase da minha vida profissional, meu muito obrigado à: **Shirley Sandra Paulin Biancão, Gionete de Fátima Bermejo Monteiro, Valderéz Silvério Fraulin, Marilda da Silva Pinto de Oliveira, Concilia Camargo Daniel, Luiz Henrique Fernandes, Renato Gonçalves, Eliza Lima dos Santos Luchetta, Alessandra de Melo Gomes Madalena, Yara Maria Batola Prado, Maria José Menegazzo, Bruno Consalter, Leandro Fonseca Mendonça, Nílvia Brandini Nantes e Maria Silvia Alexandre Pereira Maximiniano.**

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

“Lâmpada para os meus pés é a tua palavra, e luz para o meu caminho.”

Salmo 119:105

“Se tens falta de sabedoria, peça a Deus, que a todos dá liberalmente e nada lhes impropria, e ser-lhe-á dada, porém peça com fé, em nada duvidando...”

Tiago 1:5-8

RESUMO

RESUMO

A relação entre o trabalho e as condições de saúde ou doença do ser humano vem sendo estabelecida desde a antiguidade. Relação esta, entre o trabalho e o adoecimento, e também a saúde do indivíduo, que está diretamente ligada à saúde de uma população. Assim, a saúde ocupacional está diretamente relacionada ao bem estar, produtividade e qualidade de vida do trabalhador. Conceituando-se o absenteísmo como sendo a ausência crônica ao trabalho ou a outras obrigações, surge conseqüentemente o desdobramento em absenteísmo tipo I, ou seja, a falta ao trabalho por motivo de doença, ou o absenteísmo do tipo II, com a presença, porém com menor capacidade produtiva e falta de concentração. O absenteísmo com origem em patologias odontológicas tem sido relatado como sendo responsável por número de horas perdidas que refletem no prejuízo econômico de empresas tanto privadas, como públicas. Dado à escassez de investigações acerca do tema, propõe-se, com este estudo, um levantamento epidemiológico, com o intuito de se vislumbrar um panorama inequívoco da relação entre absenteísmo e doenças orofaciais de interesse da odontologia. Para tanto, optou-se por traçar o perfil do Absenteísmo na Administração Pública. A estratégia envolveu uma amostra de 340 prontuários funcionais de servidores públicos municipais de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, Brasil, de um universo de 973 servidores ativos, que foi submetida a uma avaliação transversal retrospectiva de 11 anos e 5 meses, no período de janeiro de 2001 a 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. 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 conseqüente acréscimo na qualidade da prestação do serviço público.

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

ABSTRACT

ABSTRACT

The profile of absenteeism in public administration: medical and dental certification of the server health

The relationship between work and health conditions or disease of human beings has been established since antiquity. Such relationship between work and illness, and also the individual health, is directly linked to the health of a population. Thus, occupational health is directly related to the worker's welfare, productivity and quality of life. Conceptualizing up absenteeism as the chronic absence from work or other obligations, this absenteeism could be split in type I, which is the absence from work due to illness, or type II, which is the presence, but with low productive capacity and lack of concentration. Absenteeism originating from dental diseases has been reported as being responsible for uncountable hours lost that reflect in economic damage to companies both private and public. Given the scarcity of research on the subject, it is proposed, in this study, an epidemiological survey, in order to discern a clear picture of the relationship between absenteeism and oral and facial diseases related to the dentistry interest. Therefore, we chose to profile the Absenteeism in Public Administration. The strategy involved a sample of 340 medical functional records of municipal civil servants at a city in the state of São Paulo, Brazil, from an universe of 973 active servers, which was subjected to a 11 years and 5 months cross-sectional retrospective comprising January 2001 to May 2012, through Medical and Dental History analysis harvested from dental and medical certificates about absences or non-working periods, being these legal documents the proof of the reason for absenteeism. The collected data were analyzed statistically relevant trying to provide subsidies for discussion and work completion, raising issues to be analyzed and subsequently reported to the municipal administration, as a suggestion for improving the quality of life and health of the server within the work environment, contributing to reduce absenteeism and increase productivity, and consequent increase in the quality of public service delivery.

Keywords: Absenteeism. Occupational Medicine. Occupational Dentistry. Occupational Health. Health Certificate. Sick Leave.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- GRÁFICOS

Gráfico 1 – Faixa etária - Grupos	82
Gráfico 2 – Gênero	85
Gráfico 3 – Escolaridade	91
Gráfico 4 – Faixa salarial	93
Gráfico 5 – Causa(s) do(s) afastamento(s) – Segundo a Origem.....	97
Gráfico 6 – Causa por afastamento odontológico	114
Gráfico 7 – Número de Afastamentos Médicos (NAM) e Número de Afastamentos Odontológicos (NAO).....	116
Gráfico 8 – Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada (NAMFJ), Número de Afastamentos Odontológicos (NAO), Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença (NAMAD) e Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho (NAMAT)	119

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Média da idade da amostra	81
Tabela 2 – Faixa etária - Grupos	82
Tabela 3 – Distribuição absoluta com média e desvio padrão por faixas etárias para Quantidade Total de Afastamentos	83
Tabela 4 – Distribuição absoluta com média e desvio padrão por faixas etárias para Número de Afastamentos Odontológicos	83
Tabela 5 – Correlação de Spearman com Faixa Etária como variável dependente	84
Tabela 6 – Gênero	84
Tabela 7 – Teste de Mann-Whitney com o Gênero como variável dependente	86
Tabela 8 – Distribuição dos Cargos em números absolutos e relativos	87
Tabela 9 – Correlação de Spearman com Tempo de Serviço do período do levantamento como variável dependente	89
Tabela 10 – Distribuição em números absolutos e relativos segundo as Secretarias	90
Tabela 11 – Nível de Escolaridade analisado na amostra	91
Tabela 12 – Distribuição absoluta com média e desvio padrão por Escolaridade para Quantidade Total de Afastamentos	92
Tabela 13 – Distribuição absoluta com média e desvio padrão por Escolaridade para Número de Afastamentos Odontológicos	92
Tabela 14 – Correlação de Spearman com Escolaridade como variável dependente	92
Tabela 15 – Distribuição absoluta e relativa em relação a Faixa salarial	93
Tabela 16 – Distribuição absoluta com média e desvio padrão por Faixa Salarial para Quantidade Total de Afastamentos	94
Tabela 17 – Distribuição absoluta com média e desvio padrão por Faixa Salarial para Número de Afastamentos Odontológicos	94
Tabela 18 – Correlação de Spearman com Faixa Salarial como variável dependente	94
Tabela 19 – Causa(s) do(s) afastamento(s) – Segundo a Origem	97
Tabela 20 – Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99)	98
Tabela 21 – Neoplasias (Tumores) – (C00-D48)	99
Tabela 22 – Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários – (D50-D89)	99
Tabela 23 – Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas – (E00-E90)	100
Tabela 24 – Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99)	101
Tabela 25 – Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99)	101
Tabela 26 – Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59)	102
Tabela 27 – Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95)	102
Tabela 28 – Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99)	103
Tabela 29 – Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99)	103
Tabela 30 – Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93)	104
Tabela 31 – Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo – (L00-L99)	105
Tabela 32 – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99)	105
Tabela 33 – Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)	106
Tabela 34 – Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99)	107
Tabela 35 – Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal – (P00-P96)	107
Tabela 36 – Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas – (Q00-Q99)	108
Tabela 37 – Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99)	108
Tabela 38 – Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98)	109
Tabela 39 – Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98)	110
Tabela 40 – Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99)	111
Tabela 41 – Causa não determinada – Sem CID	111
Tabela 42 – Causa por afastamento odontológico	112
Tabela 43 – Causa de afastamento por Acompanhamento Familiar	115
Tabela 44 – Afecções de origem médica mais frequentes	120
Tabela 45 – Afecções de origem odontológica mais frequentes	121

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NHS	National Health Survey
OMS	Organização Mundial da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CREMEC	Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará
UNIMED	Cooperativa de Trabalho Médico Ltda
TST	Tribunal Superior do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
DPME	Departamento de Pericias Medicas do Estado
UCRH	Unidade Central de Recursos Humanos
APS	Atenção Primária à Saúde
NSSM	Núcleo de Saúde do Servidor Municipal
PSA	Pronto-Socorro de Adultos
LM	Licença Médica
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CRM	Conselho Regional de Medicina
IODD	Impacto Oral no Desempenho Diário
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CID-OE	Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SEA	Secretaria de Estado da Administração
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
RH	Recursos Humanos
Art.	Artigo

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	27
2	REVISTA DA LITERATURA	31
2.1	ABSENTEÍSMO	33
2.2	ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO: PREVALÊNCIA.....	33
2.3	ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO: INCIDÊNCIA	34
2.4	ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO TIPO I E II	35
2.5	ABSENTEÍSMO: IMPACTO SOCIAL	36
2.6	ABSENTEÍSMO: IMPACTO DA DOR OROFACIAL	37
2.7	ATESTAÇÃO MÉDICA	38
2.8	ATESTAÇÃO ODONTOLÓGICA.....	38
2.8.1	Atestação Odontológica e o absenteísmo odontológico	39
2.9	FALTAS JUSTIFICADAS OU ABONADAS	40
2.10	ATESTADO DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO	42
2.11	AUXÍLIO-DOENÇA	43
2.12	AUXÍLIO-ACIDENTE	44
2.13	ACIDENTE DE TRABALHO	44
2.14	DOS ATESTADOS	45
2.15	CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID).....	46
2.16	ABSENTEÍSMO E A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID)	48
2.16.1	Absenteísmo Odontológico e a CID.....	48
2.16.2	Absenteísmo Médico e a CID.....	50
2.16.3	Absenteísmo Odontológico e Médico, e a CID	57
2.17	CID K01.0 – DENTES INCLUSOS	58
3	PROPOSIÇÃO.....	59
3.1	OBJETIVO GERAL	61
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	61
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	63
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	65
4.2	COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA	65
4.3	DELINEAMENTO DO ESTUDO	66
4.4	DADOS PESSOAIS	67
4.4.1	Prontuário	67
4.4.2	Nome	67
4.4.3	Data de Nascimento.....	67
4.4.4	Idade.....	67
4.4.5	Gênero	68
4.4.6	Cargo.....	68
4.4.7	Servidor desde (tempo de serviço).....	69
4.4.8	Secretaria que presta serviço.....	70
4.4.9	Escolaridade.....	70

4.4.10	Faixa salarial	71
4.5	QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS	71
4.6	CAUSA(S) DO(S) AFASTAMENTO(S).....	71
4.6.1	Origem	71
4.6.2	Etiologia	72
4.6.2.1	<i>Causa por afastamento Médico.....</i>	72
4.6.3	Causa por afastamento odontológico	73
4.6.4	Causa de afastamento por Acompanhamento Familiar	73
4.7	PERÍODO TOTAL DE AFASTAMENTO EM DIAS.....	73
4.8	FREQUÊNCIA DOS AFASTAMENTOS EM DIAS	74
4.9	NÚMERO DE AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS	74
4.9.1	Dias perdidos por afastamentos Odontológicos	74
4.10	NÚMERO DE AFASTAMENTOS MÉDICOS	74
4.10.1	Número de afastamentos Médicos por faltas justificadas	74
4.10.1.1	<i>Dias perdidos por afastamentos Médicos por faltas justificadas.....</i>	75
4.10.2	Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Doença	75
4.10.2.1	<i>Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio-Doença.....</i>	75
4.10.3	Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho ...	75
4.10.3.1	Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio- Acidente / Acidente de Trabalho	75
4.11	AFECÇÕES DE ORIGEM MÉDICA MAIS FREQUENTES.....	76
4.11.1	CID-10 - Médico	76
4.12	AFECÇÕES DE ORIGEM ODONTOLÓGICA MAIS FREQUENTES	76
4.12.1	CID-10 - Odontológico	76
4.13	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	76
5	RESULTADOS	79
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	81
5.2	FAIXA ETÁRIA.....	81
5.3	GÊNERO	84
5.4	CARGO	86
5.5	TEMPO DE SERVIÇO	88
5.6	SECRETARIA VINCULADA	89
5.7	ESCOLARIDADE	90
5.8	FAIXA SALARIAL	93
5.9	QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS.....	95
5.9.1	Quantidade de afastamentos do trabalho por faltas justificadas ou abonadas	95
5.9.2	Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Doença.....	95
5.9.3	Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho	95
5.9.4	Quantidade total de afastamentos do trabalho – Soma total de todos os eventos.	95
5.10	CAUSA(S) DO(S) AFASTAMENTO(S).....	96
5.10.1	Origem Médica	96
5.10.2	Origem Odontológica	96
5.10.3	Origem Médica e Odontológica.....	96
5.11	ETIOLOGIA - CAUSA POR AFASTAMENTO MÉDICO	98
5.11.1	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99)	98
5.11.2	Neoplasias (Tumores) – (C00-D48)	98

5.11.3	Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários – (D50-D89).....	99
5.11.4	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas – (E00-E90)	100
5.11.5	Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99).....	100
5.11.6	Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99)	101
5.11.7	Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59)	101
5.11.8	Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95).....	102
5.11.9	Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99).....	102
5.11.10	Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99).....	103
5.11.11	Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93).....	103
5.11.12	Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo – (L00-L99)	104
5.11.13	Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99).....	105
5.11.14	Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)	106
5.11.15	Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99)	106
5.11.16	Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal – (P00-P96).....	107
5.11.17	Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas – (Q00-Q99)	107
5.11.18	Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99)	108
5.11.19	Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98).....	109
5.11.20	Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98)	109
5.11.21	Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99)	110
5.11.22	Causa não determinada – Sem CID	111
5.12	CAUSA POR AFASTAMENTO ODONTOLÓGICO.....	112
5.13	CAUSA DE AFASTAMENTO POR ACOMPANHAMENTO FAMILIAR	114
5.14	PERÍODO TOTAL DE AFASTAMENTO EM DIAS.....	115
5.15	FREQUÊNCIA DOS AFASTAMENTOS EM DIAS	115
5.16	NÚMERO DE AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS	116
5.17	DIAS PERDIDOS POR AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS	116
5.18	NÚMERO DE AFASTAMENTOS MÉDICOS	116
5.18.1	Número de afastamentos Médicos por faltas justificadas	117
5.18.2	Dias perdidos por afastamentos Médicos por faltas justificadas	117
5.18.3	Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Doença	117
5.18.4	Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio-Doença	118
5.18.5	Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho ..	118
5.18.6	Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio- Acidente / Acidente de Trabalho.....	118
5.19	AFECÇÕES DE ORIGEM MÉDICA MAIS FREQUENTES.....	119
5.20	CID-10 - MÉDICO	120
5.21	AFECÇÕES DE ORIGEM ODONTOLÓGICA MAIS FREQUENTES	120
5.22	CID-10 - ODONTOLÓGICO	121
6	DISCUSSÃO	123
6.1	FAIXA ETÁRIA.....	125
6.2	GÊNERO	127
6.3	CARGO	129
6.4	TEMPO DE SERVIÇO	130

6.5	SECRETARIA	131
6.6	ESCOLARIDADE	133
6.7	FAIXA SALARIAL	134
6.8	QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS	135
6.8.1	Quantidade de afastamentos do trabalho por faltas justificadas ou abonadas	135
6.8.2	Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Doença.....	136
6.8.3	Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho	136
6.8.4	Quantidade total de afastamentos do trabalho – Soma total de todos os eventos	137
6.9	CAUSA(S) DO(S) AFASTAMENTO(S).....	139
6.9.1	Origem Médica	139
6.9.2	Origem Odontológica	140
6.9.3	Origem Médica e Odontológica.....	140
6.10	ETIOLOGIA - CAUSA POR AFASTAMENTO MÉDICO	140
6.11	CAUSA POR AFASTAMENTO ODONTOLÓGICO.....	143
6.12	CAUSA DE AFASTAMENTO POR ACOMPANHAMENTO FAMILIAR	147
6.13	PERÍODO TOTAL DE AFASTAMENTO EM DIAS.....	148
6.14	FREQUÊNCIA DOS AFASTAMENTOS EM DIAS	150
6.15	NÚMERO DE AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS	150
6.16	DIAS PERDIDOS POR AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS	152
6.17	NÚMERO DE AFASTAMENTOS MÉDICOS	153
6.17.1	Número de afastamentos Médicos por faltas justificadas	153
6.17.2	Dias perdidos por afastamentos Médicos por faltas justificadas	154
6.17.3	Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Doença	155
6.17.4	Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio-Doença	155
6.17.5	Número de afastamentos Médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho ..	156
6.17.6	Dias perdidos por afastamentos Médicos por Auxílio- Acidente / Acidente de Trabalho	156
6.18	AFECÇÕES DE ORIGEM MÉDICA MAIS FREQUENTES.....	157
6.19	CID-10 – MÉDICO	158
6.20	AFECÇÕES DE ORIGEM ODONTOLÓGICA MAIS FREQUENTES	158
6.21	CID-10 - ODONTOLÓGICO	159
7	CONCLUSÕES.....	161
	REFERÊNCIAS.....	167
	APÊNDICE.....	175
	ANEXOS	179

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade vem sendo estabelecida a relação entre o trabalho e as condições de saúde ou doença do ser humano, 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).

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

De acordo com Nogueira (1984), foi com a Revolução Industrial que surgiu a Saúde Ocupacional, 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.

Para Sales Peres et al. (2004), 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.

Este novo paradigma mundial trouxe consigo uma reestruturação na relação do trabalho e na atenção dada à saúde dos trabalhadores. Para as empresas sobreviverem, quanto maior a produção, maiores serão os lucros, portanto, é compreensível que se tenha uma 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 qualidade de vida no ambiente de trabalho é sempre bem visto, tanto pelos funcionários, como pela própria comunidade (CARVALHO et al., 2009).

Ademais, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores são garantidas pela constituição 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.

Fato posto, pela escassez de publicações acerca do tema, correlacionando a Saúde Ocupacional ao Absenteísmo, justifica-se esta pesquisa, cuja estratégia envolveu uma amostra de 340 prontuários funcionais de servidores públicos municipais da cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, Estado de São Paulo, Brasil, de um universo de 973 servidores ativos, que foi submetida a avaliação transversal retrospectiva de 11 anos e 5 meses, no período de janeiro de 2001 a 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. 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 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 Orofaciais e o Absenteísmo.

2 REVISTA DA LITERATURA

2 REVISTA DA LITERATURA

2.1 ABSENTEÍSMO

Doenças de um modo geral podem incapacitar o indivíduo, como também trazer-lhe desconforto físico e emocional. Como consequência verifica-se um aumento do índice de absenteísmo (ausência ao trabalho por motivo de doenças da própria pessoa ou de seus dependentes) 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, e diminuição dos lucros (SALES PERES et al., 2006).

2.2 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, 2600 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, condições sócio 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.

2.3 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 1992 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. 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).

2.4 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. Destes, 22 informaram também ter tido uma redução na atividade normal por causa do problema dental. 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.

2.5 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 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 desordens 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. 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. Falta de medidas padronizadas torna difícil a comparação entre estudos. São precisos mais estudos longitudinais para entender melhor a natureza destas relações.

2.6 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 queixou-se 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, intervalos de confiança e regressão logística não condicional foram calculados. A prevalência da dor orofacial foi de 32,2% e o impacto oral no desempenho diário foi 28,5%. O modelo de regressão indicou que a dor orofacial foi a única variável estatisticamente associada com o impacto oral no desempenho diário, aumentando sua prevalência por mais que 22 vezes, comparado aos sem dor orofacial.

Concluíram que a prevalência da dor orofacial foi alta entre trabalhadores, representando um fator decisivo no impacto oral no desempenho diário (IODD).

2.7 ATESTAÇÃO MÉDICA

Atualmente dado à inexistência de Lei específica que regule o exercício da Medicina no Brasil, pois encontra-se ainda em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei PL 7.703/2006, cuja finalidade é exatamente esta, conhecido como “Ato Médico” (BRASIL, 2006), as atribuições específicas do Médico são dadas pela Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957 que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências (BRASIL, 1957). Portanto, a Medicina tem a sua regulamentação embasada em resoluções normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM). Assim, a atestação médica hoje é regulamentada pela Resolução CFM 1.658/2002, e a Resolução CFM 1.851/2008 que a altera (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008b).

Portanto, reza a Resolução CFM 1.658/2002 (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.

2.8 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 estabelece:

Compete ao cirurgião-dentista:

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

Ainda, encontra amparo 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.(...)

2.8.1 Atestação Odontológica e o absenteísmo odontológico

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 estudaram 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 aumente 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.

Na 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 seguintes variáveis: 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, o autor não verificou uma diferença entre proporções estatisticamente significativa.

Conhecer as causas odontológicas relacionadas com o absenteísmo em empresas é importante para planejamento da produtividade e valorização da saúde nos aspectos gerais e bucais. Foram coletados dados referentes aos trabalhadores, tipo de patologia e tempo de absenteísmo em uma unidade da Cooperativa de Produtores Rurais de Minas Gerais. 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. A empresa possuía também um setor para atendimento odontológico com um cirurgião-dentista especialista em Odontologia do Trabalho. Os dados coletados 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).

2.9 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 júízo.

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, 1949 a) que aprova o regulamento da Lei 605/1949 (BRASIL, 1949 b), 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 possuem 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.

2.10 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 até o médico, ou mesmo para acompanhamento de qualquer outro familiar, tampouco se manifesta quanto à obrigatoriedade das empresas em recepcioná-lo. Na falta de previsão na legislação, 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 fornecimento de atestado para responsáveis legais por um paciente, ficando a cargo da empresa a aceitação, por mera liberalidade, exceto nos casos preconizados por meio de acordo prévio, convenção ou dissídio da categoria. O CID-10 da Classificação Internacional de Doenças a ser utilizado 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, 2009):

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.

2.11 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, 1999). 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.

2.12 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, 1999):

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,(...)

2.13 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.

2.14 DOS ATESTADOS

Os atestados médicos, e por analogia ou consequência normativa já explicitada, os odontológicos, 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.

2.15 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.

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 assim distribuídas:

LISTA TABULAR DE INCLUSÕES E SUBCATEGORIAS DE QUATRO CARACTERES:

Capítulo I – Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99)

Capítulo II – Neoplasias (Tumores) – (C00-D48)

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

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

Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99)

Capítulo VI – Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99)

Capítulo VII – Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59)

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

Capítulo IX – Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99)

Capítulo X – Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99)

Capítulo XI – Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93)

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

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

Capítulo XIV – Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)

Capítulo XV – Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99)

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

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

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

Capítulo XIX – Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98)

Capítulo XX – Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98)

Capítulo XXI – Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99).

2.16 ABSENTEÍSMO E A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID)

2.16.1 Absenteísmo Odontológico e a CID

Com o objetivo de subsidiar a reavaliação, quiçá a implementação de 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.

Conhecer as causas odontológicas relacionadas com o absenteísmo em empresas é importante para planejamento da produtividade e valorização da saúde nos aspectos gerais e bucais. 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. Este estudo 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. A análise bioestatística permitiu observar que 33% dos indivíduos da amostra apresentaram absenteísmos 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 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).

2.16.2 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 (CID10), tempo de afastamento e risco por categoria profissional. As categorias profissionais 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 presente 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 – as mulheres; os de: 41 a 50 anos, ensino médio, ocupações menos qualificadas, até 14 anos de tempo de serviço, cor branca; aqueles com salários de 3,1 a 6 salários mínimos, os da área da saúde e da região da Grande Florianópolis e os 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, segundo os capítulos da CID10 (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 sociodemográficos, 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 estão 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. 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 LTS ≥ 15 dias concedidas no período 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 Traumatismo (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 de 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, a partir da coleta dos dados de licenças para tratamento de saúde, que estão 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 1634 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 VI da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (DIMARZIO, 2011).

O absenteísmo na enfermagem é um problema muito preocupante, pois interfere no cuidado ao cliente, sobrecarrega os demais integrantes da equipe podendo levar ao adoecimento. Objetivou-se neste estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa realizado no 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%. Além disso, foram calculados os índices de frequência, gravidade, duração média das ausências e o percentual de absenteísmo.

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.

Recentemente realizou-se uma pesquisa documental, retrospectiva de fonte secundária, que adota 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 representam 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 de 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).

2.16.3 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. A disponibilidade dessas informações deverá ser muito importante, pois, visto as inúmeras variáveis envolvidas, facilitarão a tomada de decisões das distintas estratégias para sua prevenção (MARTINS et al., 2005).

2.17 CID K01.0 – DENTES INCLUSOS

A terminologia da inclusão, retenção ou dente não irrompido, ou mais propriamente, iruído, é geralmente utilizada para indicar a colocação parcial ou total do dente no interior do osso. Numa análise da literatura, pode-se observar que as opiniões divergem muito nesse campo. Assim, alguns autores preferem a terminologia de dentes inclusos, outros impactados, ou ainda, dentes não irrompidos. A terminologia “retenção dental” parece ser a mais adequada, uma vez que implica numa manobra de suspensão total ou parcial de uma determinada ação, aqui, o processo de irrupção dental, a despeito do termo “incluso” conotar a ação de encerrar ou enfeixar uma coisa dentro da outra, e “impactado”, subentender um obstáculo no qual há a impacção, o que nem sempre é observado na retenção ou inclusão dental. Já o termo “não irrompido” aplicar-se-ia a dentes que ainda não atingiram o seu momento ou época de irrupção. Relata-se ainda uma prevalência de dentes retidos, estimada, oscilando entre 8,16% e 17,9% (MARZOLA, 2008).

Toledo et al. em 2008, avaliaram a prevalência de dentes retidos no município de Curitiba, Paraná, Brasil e, para tal foram analisadas 2.651 radiografias do arquivo digital da Clínica de Radiologia ALL DOC da cidade de Curitiba, Estado do Paraná, Brasil. Das imagens avaliadas, 425 mostravam dentes retidos, numa prevalência de 16,03%, sendo a amostragem constituída por 185 indivíduos do gênero masculino e, 240 do feminino, numa faixa etária que variou de 15 a 88 anos. Foi encontrado um total de 971 dentes retidos, com média de 2,28 elementos dentais retidos por indivíduo. A maior prevalência (36,9%) ocorreu no intervalo entre 15 a 20 anos. Pode-se concluir que os terceiros molares são os dentes que apresentam maior grau de retenção e maior frequência. Não foram encontradas retenções de dentes incisivos, sendo baixíssima a incidência de retenções de primeiros molares.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar, através de prontuários funcionais, o histórico e a atestação médico - odontológica de servidores públicos relacionados ao Absenteísmo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apontar o gênero, a faixa etária, o cargo, o nível de escolaridade e a condição sócio econômica 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 odontológica foram mais prevalentes.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa é um estudo do tipo exploratório retrospectivo, transversal, descritivo e analítico, no qual foram avaliados, no funcionalismo público, 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 sócio econômica 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 odontológica foram mais prevalentes.

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Em respeito a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de 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: 02198912.4.0000.5417 - Parecer nº 17195/2012 (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. 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). De acordo com o cálculo amostral e um universo de 973 servidores ativos, a amostra foi constituída por 343 indivíduos com efeito de desenho de 1,4, 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 da amostra.

4.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo fundamentou-se na coleta dos dados através de uma ficha devidamente confeccionada para a pesquisa (**APÊNDICE**), 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**), 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 01 de junho de 2012 a 13 de julho de 2012, compreendendo um levantamento de dados pertinentes ao período de 01 de janeiro de 2001 a 31 de maio de 2012, num total de 11 anos e 5 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)

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 (31 de maio de 2012), anotado em meses. O tempo de serviço foi classificado em dois grupos: período total do exercício profissional a partir da sua admissão e o período restrito ao tempo compreendido entre 01 de janeiro de 2001 e 31 de maio de 2012, o período do levantamento, que oscilou de 0 a 137 meses, ou seja, de 0 a 11 anos e 5 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 sócio econômicas 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 um dos CID's 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 computados somente os CID's 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 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 o CID-10 da doença que foi mais prevalente 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 o CID-10 da doença que foi mais prevalente na área odontológica.

4.13 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o tratamento estatístico da Pesquisa lançou-se 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, o teste de Mann-Whitney. 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. Como programa padrão, utilizou-se o *Software Statistica v. 9.1 Windows, Statsoft Inc., Tulsa, EUA*.

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-SP 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 efeito de desenho de 1,4, 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%, 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.

5.2 FAIXA ETÁRIA

A idade média dos funcionários foi de $42,07 \pm 11,11$ anos, variando de 18 a 73 anos (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Média da idade da amostra

Faixa Etária	N	Mínimo	Máximo	Soma	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	343	18	73	14429	42,067	11,108

As faixas etárias foram divididas em 5 grupos, com o maior percentual de indivíduos, 98, distribuídos na faixa compreendida entre 40 a 49 anos, 28,82% (**Tabela 2 e Gráfico 1**).

Tabela 2 – Faixa etária - Grupos

Faixa Etária – Grupos	Frequência (N válido)	Porcentagem válida (%)
18 a 29 anos	51	15,00
30 a 39 anos	96	28,24
40 a 49 anos	98	28,82
50 a 59 anos	79	23,23
Acima de 60 anos	16	4,71
Total (válido)	340	100,00

Gráfico 1 – Faixa etária - 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 (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Distribuição absoluta com média e desvio padrão por faixas etárias para Quantidade Total de Afastamentos

Faixa Etária	N	Média	Desvio Padrão
18 a 29 anos	51	5,92	10,26
30 a 39 anos	96	12,67	15,54
40 a 49 anos	98	13,28	15,82
50 a 59 anos	79	11,48	16,00
Acima de 60 anos	16	10,50	15,12
Total (válido)	340	11,45	15,16

O Número de Afastamentos Odontológicos foi mais prevalente na faixa etária acima de 60 anos com média de 2,62 e desvio padrão de 6,35 (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Distribuição absoluta com média e desvio padrão por faixas etárias para Número de Afastamentos Odontológicos

Faixa Etária	N	Média	Desvio Padrão
18 a 29 anos	51	0,64	1,59
30 a 39 anos	96	0,63	1,32
40 a 49 anos	98	1,40	4,30
50 a 59 anos	79	0,79	2,38
Acima de 60 anos	16	2,62	6,35
Total (válido)	340	0,99	3,08

Para faixa etária houve significante correlação com 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 (**Tabela 5**).

Tabela 5 – Correlação de Spearman com Faixa Etária como variável dependente

Correlação	n	Spearman	
		R	p
Faixa Etária & QAMAD ¹	340	0,15	0,007*
Faixa Etária & QAMAT ²	340	-0,02	0,771
Faixa Etária & QTA ³	340	0,11	0,040*
Faixa Etária & FA_DIAS ⁴	340	0,21	0,000*
Faixa Etária & NAO ⁵	340	0,02	0,746
Faixa Etária & NAMFJ ⁶	340	0,11	0,039*

¹ Quantidade de Afastamento Médico por Auxílio - Doença² Quantidade de Afastamento Médico por Acidente de Trabalho³ Quantidade Total de Afastamentos⁴ Frequência de Afastamentos em Dias⁵ Número de Afastamentos Odontológicos⁶ 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 75,3% atribuídos ao gênero feminino, e 24,7%, ao masculino (**Tabela 6 e Gráfico 2**).

Tabela 6 – Gênero

Gênero	Frequência (n)	Frequência (n válido)	Porcentagem (%)	Porcentagem válida (%)
Feminino	258	256	75,2	75,3
Masculino	85	84	24,8	24,7
Total	343	340	100,0	100,0

Gráfico 2 - Gênero

Analisando os dados inferencialmente foi demonstrado que não houve diferença estatisticamente significativa para os gêneros quanto a Quantidade de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença, a Quantidade de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho e a Frequência de Afastamentos em Dias, porém houve significância para a Quantidade Total de Afastamentos ($p=0,000$), o Número de Afastamentos Odontológicos ($p=0,015$) e o Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada ($p=0,000$) (**Tabela 7**).

O gênero feminino foi o que apresentou a maior Quantidade Total de Afastamentos com média de 14,17 e desvio padrão de 16,48.

Com a mesma tendência, o Número de Afastamentos Odontológicos também prevaleceu no gênero feminino com média de 1,21 e desvio padrão de 3,48.

Tabela 7 – Teste de Mann-Whitney com o Gênero como variável dependente

	Média		Desvio Padrão	Desvio Padrão	p
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
QAMAD ¹	0,3046875	0,2261905	0,772656	0,474689	0,989
QAMAT ²	0,0742188	0,0119048	0,290974	0,109109	0,053
QTA ³	14,167969	3,202381	16,48288	3,616494	0,000*
FA_DIAS ⁴	458,2427	468,80952	772,4944	619,3428	0,987
NAO ⁵	1,2109375	0,3214286	3,48926	0,933457	0,015*
NAMFJ ⁶	12,453125	2,6428571	14,53939	3,20257	0,000*

¹ Quantidade de Afastamento Médico por Auxílio - Doença

² Quantidade de Afastamento Médico por Acidente de Trabalho

³ Quantidade Total de Afastamentos

⁴ Frequência de Afastamentos em Dias

⁵ Número de Afastamentos Odontológicos

⁶ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

* Estatisticamente significante (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 distribuídos percentualmente, apresentando com os maiores índices de 14,6% para categoria profissional de Professores, 11,4% para Monitores, com Merendeiras e Serventes obtendo respectivamente 6,7 e 6,1%.

A distribuição por cargos não permitiu tratamento estatístico indutivo dado à existência de cargos com amostragem diminuta, muito embora tenha sido possível apontar os cinco cargos com a maior média da Quantidade Total de Afastamentos: Auxiliar Social de Creche com 45, Escriturário 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: Escriturário com 25,5, Auxiliar Social de Creche com 15, Engenheiro Civil com 7, Merendeira com 1,73 e Professor com 1,46.

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 (**Tabela 8**).

Tabela 8 – Distribuição dos Cargos em números absolutos e relativos

	Cargo	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média QTA ¹	Média NAO ²	Média QAMAD ³
1.	Advogado	1	0,3	0	0	0
2.	Agente Comunitário de Saúde	12	3,5	11,5	0,75	0,08
3.	Agente de Saneamento	3	0,9	3,33	1	0
4.	Ajudante Geral	14	4,1	12,14	0,85	0,35
5.	Almoxarife	1	0,3	1	0	0
6.	Assistente de Diretor	4	1,2	5,5	0	0
7.	Assistente Social	4	1,2	12,75	0,75	0
8.	Atendente	1	0,3	0	0	0
9.	Auxiliar de Biblioteca	1	0,3	0	0	0
10.	Auxiliar de Consultório Odontológico	3	0,9	4	2	0
11.	Auxiliar de Enfermagem	18	5,2	10,11	0,55	0,38
12.	Auxiliar de Farmácia	1	0,3	9	0	0
13.	Auxiliar Serviços Administrativos	1	0,3	5	0	0
14.	Auxiliar Social de Creche	1	0,3	45	15	1
15.	Bibliotecário	1	0,3	0	0	0
16.	Biólogo	1	0,3	11	0	0
17.	Bioquímico	2	0,6	6,5	0,5	0,5
18.	Chefe Administrativo	18	5,2	9,05	0,88	0,05
19.	Cirurgião Dentista	9	2,6	9,33	0,77	0
20.	Desenhista Técnico	1	0,3	0	0	0
21.	Diretor	15	4,4	8,46	0,26	0
22.	Enfermeiro	3	0,9	9,33	0	1
23.	Engenheiro Civil	1	0,3	10	7	0
24.	Escriturário	2	0,6	43	25,5	0
25.	Farmacêutico	1	0,3	2	0	0
26.	Fiscal	9	2,6	7,44	0,44	0,33
27.	Fisioterapeuta	1	0,3	0	0	0
28.	Inspetor de Alunos	9	2,6	11,87	0,37	0,5
29.	Instrutor de Informática	2	0,6	1	0	0
30.	Jardineiro	1	0,3	0	0	0
31.	Médico	9	2,6	4,33	0,11	0,111
32.	Merendeira	23	6,7	13,17	1,73	0,34

(Cont. Tabela 8 - Distribuição dos Cargos em números absolutos e relativos)

Cargo	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média QTA ¹	Média NAO ²	Média QAMAD ³
33. Monitor	39	11,4	14,20	1,10	0,35
34. Motorista	11	3,2	4,63	0,36	0,54
35. Nutricionista	1	0,3	1	0	0
36. Oficial Administrativo	14	4,1	9,30	0,69	0,07
37. Operador de Computador	2	0,6	1	0	0
38. Padeiro	1	0,3	1	0	0
39. Prefeito	1	0,3	0	0	0
40. Procurador do Município	3	0,9	0	0	0
41. Professor	50	14,6	20	1,46	0,42
42. Psicólogo	4	1,2	27,25	0,75	0,75
43. Secretário de Escola	2	0,6	0	0	0
44. Secretário Municipal	7	2,0	1,14	0	0
45. Servente	21	6,1	14,28	0,47	0,61
46. Técnico	4	1,2	2,75	0,5	0,25
47. Telefonista	1	0,3	37	0	0
48. Tratorista	1	0,3	2	0	1
49. Vigia	6	1,7	4	0	0,33
50. Zelador	1	0,3	0	0	0
51. Zootecnista	1	0,3	1	1	0
Total	343	100,0	406,43	64,86	0,28

¹ Quantidade Total de Afastamentos

² Número de Afastamentos Odontológicos

³ Quantidade de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

5.5 TEMPO DE SERVIÇO

O tempo de serviço foi classificado em dois grupos: período total do exercício profissional a partir da sua admissão, ou seja, o Tempo de Serviço Total, que oscilou numa faixa temporal de 2 a 484 meses, com média de $118,17 \pm 100,91$ meses; e o período restrito ao tempo compreendido entre 01 de janeiro de 2001 e 31 de maio de 2012, o período do levantamento (Tempo de Serviço – período do levantamento), que variou de 2 a 137 meses, com a média de $83,29 \pm 50,79$ meses.

A estatística indutiva para o Tempo de Serviço do período do levantamento encontrou 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 (**Tabela 9**).

Tabela 9 – Correlação de Spearman com Tempo de Serviço do período do levantamento como variável dependente

Correlação	n	Spearman	
		R	p
TSERV-PL ⁷ & QAMAD ¹	340	0,22	0,000*
TSERV-PL ⁷ & QAMAT ²	340	0,06	0,266
TSERV-PL ⁷ & QTA ³	340	0,38	0,000*
TSERV-PL ⁷ & FA_DIAS ⁴	340	0,39	0,000*
TSERV-PL ⁷ & NAO ⁵	340	0,16	0,003*
TSERV-PL ⁷ & NAMFJ ⁶	340	0,38	0,000*

¹ Quantidade de Afastamento Médico por Auxílio - Doença

² Quantidade de Afastamento Médico por Acidente de Trabalho

³ Quantidade Total de Afastamentos

⁴ Frequência de Afastamentos em Dias

⁵ Número de Afastamentos Odontológicos

⁶ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

⁷ Tempo de Serviço do período do levantamento

* 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 48,1% dos funcionários lotados no setor da Educação, 27,7% na Saúde, seguidos pela Secretaria da Administração com um índice percentual de 6,4%, estando as outras Secretárias e Pasta com uma concentração de funcionários variando numa faixa de 0,3 a 4,1% da amostra.

A distribuição por secretarias não permitiu tratamento estatístico indutivo dado à existência de secretarias com amostragem diminuta, muito embora tenha sido 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: 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 (**Tabela 10**).

Tabela 10 – Distribuição em números absolutos e relativos segundo as Secretarias

Secretarias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média QTA ¹	Média NAO ²
Prefeitura Municipal – Gabinete e Assessores	5	1,5	4	0,40
Secretaria de Administração	22	6,4	7,59	0,22
Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente	12	3,5	6,66	0,83
Secretaria de Cultura, Juventude e Lazer	6	1,7	1,66	0,16
Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turístico	4	1,2	4	0
Secretaria de Educação	165	48,1	15,58	1,40
Secretaria de Esportes	8	2,3	1,75	0
Secretaria de Finanças	5	1,5	2,8	0
Secretaria Municipal de Assistência Social	14	4,1	10,92	0,28
Secretaria de Obras e Serviços Públicos	6	1,7	8,66	1,33
Secretaria de Vias Urbanas	1	0,3	0	0
Secretaria de Saúde	95	27,7	8,81	0,82
Total	343	100,0	72,47	5,48

¹ Quantidade Total de Afastamentos

² Número de Afastamentos Odontológicos

5.7 ESCOLARIDADE

Quanto ao nível de escolaridade a população analisada indicou taxa percentual de formação universitária prevalente compreendendo 44,6%, seguida de funcionários com ensino médio em 39,9% e o índice menor de 15,5% foi atribuído ao funcionalismo com ensino fundamental, em que pese uma taxa zero de analfabetismo (**Tabela 11 e Gráfico 3**).

Tabela 11 – Nível de Escolaridade analisado na amostra

Escolaridade	Frequência (n)	Porcentagem (%)
1. Analfabetismo	0	0
2. Ensino Fundamental	53	15,5
3. Ensino Médio	135	39,9
4. Ensino Superior	152	44,6
Total	340	100,0

Gráfico 3 – Escolaridade

A maior prevalência encontrada para Quantidade Total de Afastamentos foi no nível de ensino superior com média de 12,92 e desvio padrão de 16,84 (**Tabela 12**).

Tabela 12 – Distribuição absoluta com média e desvio padrão por Escolaridade para Quantidade Total de Afastamentos

Escolaridade	N	Média	Desvio Padrão
2. Ensino Fundamental	53	12,77	15,91
3. Ensino Médio	135	9,28	12,49
4. Ensino Superior	152	12,92	16,84
Total	340	11,45	15,16

O maior Número de Afastamentos Odontológicos foi prevalente no nível de ensino médio com média de 1,13 e desvio padrão de 4,08 (**Tabela 13**).

Tabela 13 – Distribuição absoluta com média e desvio padrão por Escolaridade para Número de Afastamentos Odontológicos

Escolaridade	N	Média	Desvio Padrão
2. Ensino Fundamental	53	0,56	1,53
3. Ensino Médio	135	1,13	4,08
4. Ensino Superior	152	1,01	2,37
Total	340	0,99	3,08

Para Escolaridade houve significativa correlação inversa, com o coeficiente de Spearman de -0,14, somente com a Quantidade de Afastamento Médico por Auxílio – Doença (**Tabela 14**).

Tabela 14 – Correlação de Spearman com Escolaridade como variável dependente

Correlação	n	Spearman	
		R	p
ESCOLARI ⁷ & QAMAD ¹	340	-0,14	0,012*
ESCOLARI ⁷ & QAMAT ²	340	-0,02	0,772
ESCOLARI ⁷ & QTA ³	340	0,02	0,770
ESCOLARI ⁷ & FA_DIAS ⁴	340	-0,05	0,334
ESCOLARI ⁷ & NAO ⁵	340	0,10	0,077
ESCOLARI ⁷ & NAMFJ ⁶	340	0,02	0,765

¹ Quantidade de Afastamento Médico por Auxílio - Doença

² Quantidade de Afastamento Médico por Acidente de Trabalho

³ Quantidade Total de Afastamentos

⁴ Frequência de Afastamentos em Dias

⁵ Número de Afastamentos Odontológicos

⁶ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

⁷ Escolaridade

* Estatisticamente significativa (p<0,05);

5.8 FAIXA SALARIAL

Quanto às condições sócio econômicas, preponderou uma renda mensal de 1 a 3 salários mínimos com taxa percentual de 61,5%, intermediada por um rendimento salarial de 4 a 6 salários mínimos em 28,9%, contra um ganho superior a 6 salários mínimos em apenas 9,6% da amostragem (**Tabela 15 e Gráfico 4**).

Tabela 15 – Distribuição absoluta e relativa em relação a Faixa salarial

Faixa Salarial	Frequência (n)	Porcentagem (%)
1. Mais de 6 salários mínimos	33	9,6
2. 4 a 6 salários mínimos	98	28,9
3. 1 a 3 salários mínimos	209	61,5
Total	340	100,0

Gráfico 4 – Faixa salarial

Quanto a Faixa Salarial prevaleceu uma maior Quantidade Total de Afastamentos entre os funcionários com renda entre 4 a 6 salários mínimos, com média de 15,58 e desvio padrão de 19,09 (**Tabela 16**).

Tabela 16 – Distribuição absoluta com média e desvio padrão por Faixa Salarial para Quantidade Total de Afastamentos

Faixa Salarial	N	Média	Desvio Padrão
1. Mais de 6 salários mínimos	33	5,03	7,13
2. 4 a 6 salários mínimos	98	15,58	19,09
3. 1 a 3 salários mínimos	209	10,54	13,47
Total	340	11,45	15,16

Da mesma forma, o maior Número de Afastamentos Odontológicos também se concentrou na Faixa Salarial de 4 a 6 salários mínimos, com média de 1,14 e desvio padrão de 2,68 (**Tabela 17**).

Tabela 17 – Distribuição absoluta com média e desvio padrão por Faixa Salarial para Número de Afastamentos Odontológicos

Faixa Salarial	N	Média	Desvio Padrão
1. Mais de 6 salários mínimos	33	0,36	1,22
2. 4 a 6 salários mínimos	98	1,14	2,68
3. 1 a 3 salários mínimos	209	1,01	3,44
Total	340	0,99	3,08

Não houve nenhuma correlação com significância entre Faixa Salarial e quaisquer modalidades dos afastamentos pesquisados (**Tabela 18**).

Tabela 18 – Correlação de Spearman com Faixa Salarial como variável dependente

Correlação	n	Spearman	
		R	p
FXSALARI ⁷ & QAMAD ¹	340	0,06	0,23
FXSALARI ⁷ & QAMAT ²	340	0,01	0,76
FXSALARI ⁷ & QTA ³	340	0,01	0,71
FXSALARI ⁷ & FA_DIAS ⁴	340	0,03	0,49
FXSALARI ⁷ & NAO ⁵	340	0,01	0,83
FXSALARI ⁷ & NAMFJ ⁶	340	0,01	0,80

¹ Quantidade de Afastamento Médico por Auxílio - Doença² Quantidade de Afastamento Médico por Acidente de Trabalho³ Quantidade Total de Afastamentos⁴ Frequência de Afastamentos em Dias⁵ Número de Afastamentos Odontológicos⁶ Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada⁷ Faixa Salarial

5.9 QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS

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

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 96, para um mesmo servidor, cuja somatória, de todos os servidores, atingiu um total de 3743 eventos, com 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 97 ocorrências, no seu total, que oscilaram de 0 a 5 eventos no máximo por funcionário licenciado, com média de $0,29 \pm 0,71$.

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

Foi registrada uma soma total de 20 sinistros, contemplando suas vítimas com o benefício do auxílio-acidente numa estreita e pequena gama de 0 a 2 situações por beneficiário, com 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, atingiu a marca de 3860

eventos, desde nenhum acontecimento, zero, até o limite de 100 situações de ausência ao trabalho justificada pelo mesmo servidor por atestação médico – odontológica, com uma média de $11,46 \pm 15,17$.

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

5.10.1 Origem Médica

Do universo amostral estudado 193 funcionários, correspondendo a 56,8%, tiveram como causas de afastamentos somente a origem de patologia médica.

5.10.2 Origem Odontológica

De origem patológica exclusivamente odontológica, os afastamentos de somente 3 indivíduos, representando 0,9%, foram evidenciados.

5.10.3 Origem Médica e Odontológica

Já, afastamentos por ambas as condições, médicas e odontológicas, para o mesmo indivíduo, foram identificados em 88 sujeitos, refletindo um percentual de 25,9%.

Aqui cabe apontar que da presente amostragem válida, 56 funcionários, representando 16,5%, não tiveram registrados nenhuma modalidade de afastamento para tratamento de saúde (**Tabela 19 e Gráfico 5**).

Tabela 19 – Causa(s) do(s) afastamento(s) – Segundo a Origem

Causa de afastamentos (médica / odontológica / ambas)	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Sem afastamentos	56	16,3	16,5
Médica (M)	193	56,3	56,8
Odontológica (O)	3	0,9	0,9
Ambas (M e O)	88	25,7	25,9
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0

Gráfico 5 – 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).

Neste subitem foram relacionados cada uma das CID's referentes a cada patologia médica encontrada, de acordo com a lista tabular, se presente ou não.

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

Na presente amostragem houve a ocorrência de afastamentos médicos ocasionados por Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias, a exemplo de diarreias, gastroenterocolites, tuberculose, conjuntivite viral, sarampo, rubéola, herpes zoster, varicela, meningite por varicela, dermatofitose, ou seja, infecções de origem bacteriana, viral e fúngica, ou ainda, amebíase, infestação por tênia, além de outras infestações parasitárias de forma geral, em 104 indivíduos correspondentes a 30,6% (**Tabela 20**).

Tabela 20 – Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99)

Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias A00-B99	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	236	68,8	69,4
Sim	104	30,3	30,6
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

5.11.2 Neoplasias (Tumores) – (C00-D48)

As neoplasias, benignas ou malignas, e seus desdobramentos relacionados ao tratamento, complicações e sequelas, tais como, neoplasias benignas: da mama, do retroperitônio, lipomatosa da pele e do tecido subcutâneo, leiomioma do útero, ou

neoplasias malignas: da hipofaringe, do colo do útero, da mama, do reto, da próstata, da bexiga, carcinoma *in situ* do colo do útero, ou ainda, lesões benignas tais com nevos melanocíticos, contribuíram com 6,5% dos afastamentos, em 22 dos servidores conforme a **Tabela 21**.

Tabela 21 – Neoplasias (Tumores) – (C00-D48)

Neoplasias (Tumores) C00-D48	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	318	92,7	93,5
Sim	22	6,4	6,5
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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

As doenças do sangue tais como anemias e imunodeficiências, foram responsáveis pelo afastamento de somente 6 pacientes, refletindo em 1,8% da amostra (**Tabela 22**).

Tabela 22 – Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários – (D50-D89)

Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários D50-D89	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	334	97,4	98,2
Sim	6	1,7	1,8
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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, tais como as duas formas do *Diabetes mellitus*, tireoidite auto – imune, hiper ou hipotireoidismo, hiperlipidemias, obesidade, desnutrição proteico - calórica grave, deficiências vitamínicas e nutricionais, síndrome do ovário policístico, dentre outras, como fatores causais de ausências ao trabalho (**Tabela 23**).

Tabela 23 – Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas – (E00-E90)

Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas E00-E90	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	304	88,6	89,4
Sim	36	10,5	10,6
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

5.11.5 Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99)

As alterações psíquicas, transtornos mentais e comportamentais, tais como episódios depressivos, transtornos afetivos bipolares, esquizofrenia, síndrome de dependência, transtorno obsessivo – compulsivo e ansiedade, estiveram presentes em 75 servidores, num total de 22,1% de ocorrência relacionada ao absenteísmo (**Tabela 24**).

Isoladamente o CID mais frequente neste subitem foi o **F32 – episódios depressivos**.

Tabela 24 – Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99)

Transtornos Mentais e Comportamentais F00-F99	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	265	77,3	77,9
Sim	75	21,8	22,1
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

5.11.6 Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99)

Enxaquecas, cefaleias, neuropatias, neurites, meningites, paralisia de Bell, isquemia cerebral transitória, ataxia hereditária e estados epilépticos, foram algumas doenças do sistema nervoso que incidiram no período retrospectivo estudado em 39 indivíduos, representando 11,5% da mostra segundo a **Tabela 25**.

Tabela 25 – Doenças do Sistema Nervoso – (G00-G99)

Doenças do Sistema Nervoso G00-G99	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	301	87,8	88,5
Sim	39	11,3	11,5
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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

Doenças de cunho oftalmológico ou associadas aos anexos da visão, a exemplo das conjuntivites, ceratoconjuntivites, pterígio, transtornos da refração e da acomodação, miopia, hipermetropia, presbiopia, distúrbios visuais, afecções exoftálmicas, cataratas, deformações da córnea, glaucoma, neurite óptica ou retinopatias, atingiram 23,5% da mostra estudada, sendo responsáveis pelo afastamento do trabalho de 80 funcionários no período em tela (**Tabela 26**).

Tabela 26 – Doenças do Olho e Anexos – (H00-H59)

Doenças do Olho e Anexos H00-H59	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	260	75,8	76,5
Sim	80	23,3	23,5
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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 de 9,1%, em 31 sujeitos, prevalecendo, como exemplos, as otalgias, otites, presbiacusia, perda da audição, vertigem e labirintite (**Tabela 27**).

Tabela 27 – Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide – (H60-H95)

Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide H60-H95	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	309	90,1	90,9
Sim	31	9,0	9,1
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

5.11.9 Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99)

As patologias do aparelho circulatório ou cardiovascular contabilizaram uma taxa percentual de 21,5%, provocando ausência ao trabalho de 73 indivíduos, preponderantemente devido às hipertensões arteriais, anginas, cardiopatias, valvulopatias, febre reumática com e sem menção de comprometimento do coração, arritmias, infarto do miocárdio, varizes e hemorroidas (**Tabela 28**).

Tabela 28 – Doenças do Aparelho Circulatório – (I00-I99)

Doenças do Aparelho Circulatório I00-I99	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	267	77,8	78,5
Sim	73	21,3	21,5
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

5.11.10 Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99)

Um grupo de 152 elementos da mostra apresentou o índice de manifestação de 44,7% de afecções no trato respiratório com cursar patológico que culminou com afastamento de suas funções laborativas habituais por atestação médica (**Tabela 29**), estando relacionados à esta alta prevalência, quadros de estados gripais (com vírus influenza identificado ou não), pneumonias, rinites, sinusites, amigdalites, faringites, laringites, traqueites, broncopneumonia, bronquites ou asma.

Isoladamente o CID mais frequente neste grupo foi o **J11 - influenza devida a vírus não identificado (gripe)**.

Tabela 29 – Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99)

Doenças do Aparelho Respiratório J00-J99	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	188	54,8	55,3
Sim	152	44,3	44,7
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

5.11.11 Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93)

O absenteísmo relacionado aos problemas no aparelho digestivo afetou 76 sujeitos da amostragem, refletindo 22,4% de alterações no sistema digestório tais como gastroenterites (infecciosas ou não), colites, gastrites, dispepsias, colecistite,

coletitíase, fissura anal, doença do refluxo gastroesofágico, gastroduodenite, úlcera péptica, apendicite aguda, esofagite, mega esôfago chagássico ou hepatite (**Tabela 30**).

Cabe aqui salientar que pelo delineamento do presente estudo, as afecções orofaciais e do sistema estomatognático, 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 retrocitadas.

Tabela 30 – Doenças do Aparelho Digestivo – (K00-K93)

Doenças do Aparelho Digestivo K00-K93	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	264	77,0	77,6
Sim	76	22,1	22,4
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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%, apontando 26 servidores que se ausentaram do trabalho por estas morbidades (**Tabela 31**), sendo as mais comuns encontradas: urticária, dermatite de contato, transtorno da pigmentação, vasculites limitadas à pele, infecção localizada na pele e tecido subcutâneo, cistos, pênfigo, pitíriase rósea, acne ou psoríase.

Tabela 31 – Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo – (L00-L99)

Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo L00-L99	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	314	91,5	92,4
Sim	26	7,6	7,6
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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

O sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foi responsável pelo absenteísmo de 128 funcionários da ativa no período em foco, refletindo percentualmente em 37,6% da amostra, conforme aponta a **Tabela 32**. Para tanto, as doenças mais frequentemente encontradas foram: dorsalgias, dorsopatias, transtornos dos discos cervicais, mialgias, transtornos dos discos dos intervertebrais, transtornos articulares, ruptura de sinóvia, lesões do ombro e bursite, sinovite, artrite reumatoide, espondilose, dentre outras subclassificações.

Isoladamente o CID mais frequente neste grupo foi o **M54 – dorsalgia**.

Tabela 32 – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99)

Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo M00-M99	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	212	61,8	62,4
Sim	128	37,3	37,6
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

5.11.14 Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)

Um percentual de 36,5%, comprometendo a saúde de 124 indivíduos levando-os a se ausentarem de suas atividades trabalhistas habituais, foi atribuído às afecções do trato geniturinário (**Tabela 33**), onde as moléstias mais comuns foram as calculoses, cistites, cólicas nefréticas, afecções inflamatórias da vagina e vulva, estenose da uretra, hematúrias, menstruação excessiva frequente e irregular, transtornos da menopausa e da perimenopausa, cistocelos, amenorreias, dismenorreias, displasias mamárias benignas, doenças inflamatórias pélvicas femininas, transtornos não - inflamatórios da vagina, endometrioses, displasia do colo do útero, dentre outras subclassificações notadas.

Isoladamente o CID mais frequente neste grupo foi o **N30 – cistite**.

Tabela 33 – Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)

Doenças do Aparelho Geniturinário N00-N99	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	216	63,0	63,5
Sim	124	36,1	36,5
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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 que podem determinar situações de afastamento do trabalho, aqui demonstradas na **Tabela 34**, onde 21 servidoras, representando 6,2% da amostra, cursaram com as seguintes alterações patológicas: hiperemese gravídica com distúrbio metabólico, infecção do trato geniturinário na gravidez, trabalho de parto precipitado, parto pré-termo, ameaça de aborto, hipertensão materna, hemorragia do início da gravidez, edema gestacional, mola hidatiforme, infecção do trato genital e dos órgãos pélvicos

consequente a aborto e gravidez ectópica e molar, vômitos excessivos na gravidez, aborto espontâneo, desnutrição na gravidez e inércia uterina.

Tabela 34 – Gravidez, Parto e Puerpério – (O00-O99)

Gravidez, Parto e Puerpério O00-O99	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	319	93,0	93,8
Sim	21	6,1	6,2
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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

Na presente amostragem não foram identificadas patologias com origem no período perinatal, seja no feto ou recém-nascido, das servidoras parturientes da amostra (**Tabela 35**).

Tabela 35 – Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal – (P00-P96)

Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal P00-P96	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	340	99,1	100,0
Sim	0	0	0
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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

A atresia e estenose do ureter, e a malformação congênita da vesícula biliar, das vias biliares e do fígado, foram as 2 únicas condições patológicas encontradas em 2 indivíduos, 0,6% da mostra (**Tabela 36**), diagnosticadas como malformações

congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, e que foram causais de absenteísmo.

Tabela 36 – Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas – (Q00-Q99)

Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas Q00-Q99	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	338	98,6	99,4
Sim	2	0,5	0,6
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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 foram encontrados em 82 sujeitos, ou seja, 24,1% da amostra (**Tabela 37**), e descritos principalmente como sendo: mal estar e fadiga, cefaleias, dor abdominal e pélvica, febre, aumento de volume dos gânglios linfáticos, distúrbios da voz, hematúria não especificada, dor precordial, tontura e instabilidade, náusea e vômitos, distúrbios da fala, dor de garganta, tosse e, sinais e sintomas relativos à ingestão de alimentos e líquidos.

Tabela 37 – Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte – (R00-R99)

Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte R00-R99	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	258	75,2	75,9
Sim	82	23,9	24,1
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

5.11.19 Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98)

O índice de ocorrência de 19,5% que afetou 67 funcionários, relativos a lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, conforme a **Tabela 38**, levando-os a se ausentarem do trabalho, pode ser elucidado apontando os eventos de maior acontecimento dentro de rol de afecções como sendo: contusão do joelho, contusão de outras partes e partes especificadas do pé, luxação, entorse, distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé, contusão do ombro e do braço, entorse e distensão do tornozelo, fraturas do pé, trauma múltiplo não especificado, trauma do músculo e tendão ao nível antebraço, alergia não especificada, contusão do tórax, trauma da cabeça, fratura do cóccix, fratura do rádio, contusão do dorso e da pelve, trauma em músculo e tendão, queimaduras, ferimento na bochecha e região têmporo-mandibular, dentre outras ocorrências de subclassificações específicas.

Tabela 38 – Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas – (S00-T98)

Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas S00-T98	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	273	79,6	80,3
Sim	67	19,5	19,7
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

5.11.20 Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98)

As intercorrências dadas por causas externas de morbidade e de mortalidade, representaram 5,0% dos eventos estudados em 17 sujeitos (**Tabela 39**), que os levou à ausência ao trabalho e puderam ser identificadas como sendo: dispositivos (aparelhos) usados em gastroenterologia e em urologia, associados a

incidentes adversos, ocupante (qualquer) de um automóvel (carro) traumatizado em um acidente de trânsito não especificado, 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, ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado - ocupante não especificado de um ônibus traumatizado em um acidente de trânsito, ciclista traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal, e contato com maquinaria agrícola - local não especificado.

Tabela 39 – Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade – (V01-Y98)

Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade V01-Y98	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	323	94,2	95,0
Sim	17	4,9	5,0
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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 representando 29,4% da amostragem (**Tabela 40**), justificaram sua ausência temporária ao trabalho alegando uma ampla gama de situações: convalescença após cirurgia, exame médico geral, observação e avaliação médica por doenças e afecções suspeitas, pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente, exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado, exame radiológico, supervisão de gravidez normal, rastreamento pré-natal do retardo de crescimento do feto por ultrassom e outros métodos físicos, anticoncepção, aconselhamento não especificado, exame de saúde ocupacional, história familiar de outras doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, seguimento envolvendo cirurgia plástica, exame ginecológico, exame especial de rastreamento de neoplasia do colo do útero, exame especial de

rastreamento de neoplasia de mama, supervisão de gravidez de alto risco, exame médico e consulta com finalidades administrativas e, outros cuidados médicos.

Tabela 40 – Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99)

Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde Z00-Z99	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	240	70,0	70,6
Sim	100	29,1	29,4
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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, tendo sido quantificada conforme a **Tabela 41**, que aponta para 123 servidores, ou seja, 36,2% nesta condição.

Tabela 41 – Causa não determinada – Sem CID

Causa não determinada Sem CID	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Não	217	63,3	63,8
Sim	123	35,8	36,2
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

5.12 CAUSA POR AFASTAMENTO ODONTOLÓGICO

Foram aqui computados somente os CID's de origem odontológica, elencando o código, ou seja, a classificação, a sua definição e as suas respectivas ocorrências quantificadas de forma absoluta e relativa (**Tabela 42 e Gráfico 6**).

A soma de todos os eventos encontrados foi de 337 condições patológicas bem definidas pelo seu CID ou indeterminadas pela ausência deste. Assim, preponderou a condição de indeterminação da patologia atestada, caracterizada pela ausência do CID no Atestado, 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 CID's 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 42 – Causa por afastamento odontológico

CID (código)	CID (Definição)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
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

(Cont. Tabela **Tabela 42** – Causa por afastamento odontológico)

CID (código)	CID (Definição)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
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
K07	Anomalias dentofaciais	3	0,89
	Anomalias da relação entre mandíbula e		
K07.1	base do crânio	2	0,59
K07.3	Anomalias da posição dos dentes	1	0,30
	Transtorno da articulação		
K07.6	temporomandibular	2	0,59
	Outros transtornos dos dentes e estruturas		
K08	de sustentação	9	2,67
	Perda de dentes devida a acidente, extração		
K08.1	ou a doenças periodontais localizadas	8	2,37
	Outros transtornos especificados dos dentes		
K08.8	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
	Neoplasia benigna de outras partes da boca		
D10.3	e as não especificadas	7	2,08
	Neoplasia benigna dos ossos do crânio e da		
D16.4	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
	Presença de raiz dentária e implantes		
Z96.5	mandibulares	1	0,30
Total		337	100

Gráfico 6 – Causa por afastamento odontológico

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 nos atestados de forma direta e objetiva ou por intermédio da notação do CID-10 específico para tal evento: Z 76.3 - Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente. De acordo com a **Tabela 43** é possível identificar que 43 servidores se ausentaram de suas funções laborativas habituais nesta circunstância, representando um percentual de 12,6%, oscilando desde uma única falta, 7,6%, até 14 ausências, 0,3%, desta somatória total percentual.

Tabela 43 – Causa de afastamento por Acompanhamento Familiar

Quantidade de Faltas por Acompanhamento Familiar - Frequência	Sujeitos (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
0	297	86,6	87,4
1	26	7,6	7,6
2	9	2,6	2,6
3	3	0,9	0,9
4	1	0,3	0,3
6	2	0,6	0,6
7	1	0,3	0,3
14	1	0,3	0,3
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

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 levantado houve uma perda total de 35.110 dias, oscilando desde nenhum dia, até 1936 dias perdidos pelo mesmo servidor, com uma média de 103,25 e desvio padrão de 257,89.

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 460,85 dias com desvio padrão de 736,76, oscilando de zero a 4165 dias, ou seja, o período total do levantamento.

5.16 NÚMERO DE AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS

O número de afastamentos exclusivamente odontológicos foi computado, atingindo a soma total de 337 eventos, com uma média de 0,99 faltas por indivíduo, com desvio padrão de 3,09, variando entre nenhum até 32 afastamentos do mesmo funcionário, em números relativos, 8,73% (**Gráfico 7 e Gráfico 8**).

5.17 DIAS PERDIDOS POR AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS

A soma de todos os dias perdidos por ausências de cunho odontológico atingiu a casa dos 425 dias, com média de 1,25 e desvio padrão de 3,78, oscilando entre nenhum e 32 dias perdidos pelo mesmo indivíduo.

5.18 NÚMERO DE AFASTAMENTOS MÉDICOS

O número de afastamentos exclusivamente de ordem médica somaram 3523 eventos, em números relativos, 91,27% (**Gráfico 7**).

NAM: Número de Afastamentos Médicos

NAO: Número de Afastamentos Odontológicos

Gráfico 7 – Número de Afastamentos Médicos (NAM) e 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 dias ou períodos de no máximo de 15 dias, atingiu a soma de 3.406 eventos, com média de 10,03 e desvio padrão de 13,39, variando entre nenhum e 78 afastamentos por servidor, em números relativos, 88,24% (**Gráfico 8**).

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 8.812 dias, com média de 25,92 e desvio padrão de 39,43, variando entre nenhum e 293 dias perdidos.

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. Assim, a quantidade do benefício auxílio-doença somou um montante de 97 ocorrências, no seu total, que oscilaram de 0 a 5 eventos no máximo por funcionário licenciado, com média de $0,29 \pm 0,71$, em números relativos, 2,51% (**Gráfico 8**).

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 24.028 dias, com média de 70,67 e desvio padrão de 241,39, oscilando entre nenhum e 1.874 dias perdidos.

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. Assim, foi registrada uma soma total de 20 sinistros, contemplando suas vítimas com o benefício do auxílio-acidente numa estreita e pequena gama de 0 a 2 situações por beneficiário, com média de $0,06 \pm 0,26$, em números relativos, 0,52% (**Gráfico 8**).

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 1.845 dias, com média de 5,43 e desvio padrão de 42,35, oscilando entre nenhum e 688 dias perdidos.

NAMFJ: Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada

NAO: Número de Afastamentos Odontológicos

NAMAD: Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença

NAMAT: Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho

Gráfico 8 – Número de Afastamentos Médicos por Falta Justificada (NAMFJ), Número de Afastamentos Odontológicos (NAO), Número de Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença (NAMAD) e Número de Afastamentos Médicos por Acidente de Trabalho (NAMAT)

5.19 AFECÇÕES DE ORIGEM MÉDICA MAIS FREQUENTES

As afecções de origem médica encontradas puderam ser classificadas e descritas de acordo com sua origem, frequência e em seus percentuais de ocorrência, em predominantemente: física em 263 indivíduos com 77,4% de prevalência, seguida das psíquicas em 13, com 3,8%, não determinadas, em 3, 0,9% e psicossomáticas em 2, com 0,6%, contra 59 sujeitos, 17,4%, sem ocorrência de nenhuma das modalidades das afecções descritas (**Tabela 44**).

Tabela 44 – Afecções de origem médica mais frequentes

Afecções Médicas Mais frequentes	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem Válida (%)
Sem Afecção	59	17,2	17,4
Predominante psíquica	13	3,8	3,8
Predominante física	263	76,7	77,4
Predominante psicossomática	2	0,6	0,6
Indeterminada	3	0,9	0,9
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

5.20 CID-10 - MÉDICO

Registrou-se aqui o CID-10 da doença que foi mais prevalente e passível de identificação na área médica, atribuído ao **J11, influenza devida a vírus não identificado (gripe)**.

5.21 AFECÇÕES DE ORIGEM ODONTOLÓGICA MAIS FREQUENTES

Por sua vez, as afecções de origem odontológica encontradas também puderam ser classificadas e descritas de acordo com sua manifestação, frequência e em seus percentuais de ocorrência, como predominantemente: em tecidos moles em 57 indivíduos com 16,8% de prevalência, seguida das não determinadas em 18, com 5,3%, das em ambos os tecidos (duro e mole) em 8 com 2,3%, das em tecidos duros em 6 com 1,8% e finalmente 2 indivíduos com manifestação de patologia psicossomática, 0,6%, contra 249 sujeitos, 73,2%, sem ocorrência de nenhuma das modalidades de afecções descritas (**Tabela 45**).

Aponta-se aqui o índice de 26,8% de ocorrências de afecções de origem odontológica, ou seja, da amostragem válida (n=340), 91 indivíduos se afastaram do trabalho por algum tipo de comprometimento patológico de ordem odontológica.

Tabela 45 – Afecções de origem odontológica mais frequentes

Afecções Odontológicas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida
Mais frequentes	(n)	(%)	(%)
Sem afecção	249	72,6	73,2
Afecção em tecidos moles	57	16,6	16,8
Afecção em tecidos duros	6	1,7	1,8
Ambos (duro/mole)	8	2,3	2,3
Psicossomática	2	0,6	0,6
Indeterminada	18	5,2	5,3
Total	340	99,1	100,0
Perdidos	3	0,9	
Total	343	100,0	

5.22 CID-10 - ODONTOLÓGICO

Registrou-se aqui o CID-10 da doença que foi mais prevalente e passível de identificação na área odontológica, atribuído ao **K01.0, Dentes Inclusos**.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o perfil do Absenteísmo na Administração Pública, o envolvimento e a atestação médica e odontológica, relacionados ao afastamento do servidor do seu trabalho e, a relação entre Patologias Orofaciais e o Absenteísmo.

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, distribuídos na faixa compreendida entre 40 a 49 anos, 28,82%, cuja idade média 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 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). 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, no presente estudo, na faixa etária dos 40 aos 49 anos, com média de 13,28 e desvio padrão de 15,82, sendo, portanto, a faixa etária que mais solicitou afastamento por motivos de saúde.

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 a maior prevalência na faixa de 41 a 46 anos, apontou 10.628 afastamentos (MARGRHRAP; 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). 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. Também parcialmente concordante com estudo que do total de afastados, observa-se uma faixa etária de 25-68 anos, porém com uma concentração de 55,7% dos sujeitos na idade entre 42 - 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).

No entanto no presente estudo, o Número de Afastamentos Odontológicos foi mais prevalente na faixa etária acima de 60 anos com média de 2,62 e desvio padrão de 6,35.

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, pois o 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%). 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%. 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. Parcialmente coincidente com a maior frequência observada, que foi da faixa etária de 40 a 49 anos (40,29%) (MAZILLI, 2004). Portanto nenhum dos trabalhos levantados encontrou faixa etária semelhante a do presente estudo, acima dos 60 anos, quanto a maior prevalência do absenteísmo odontológico.

6.2 GÊNERO

Nas suas amostragens, Mazilli em 2004, Andrade et al. (2008), Lacerda et al. em 2011 e Quiñonez et al. (2011) encontraram uma prevalência do gênero feminino com um índice percentual de 70,47%, 65,3%, 80,52% e 51,7%, respectivamente. Tais achados corroboram os deste estudo que encontrou uma distribuição pelo gênero do funcionalismo com uma predominância de 75,2% atribuídos ao gênero feminino, corroborado também por Pinheiro (2012) com 86,9%.

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 apontou 96,2% também para o gênero masculino, e por Oenning et al. (2012) com população estudada predominantemente do gênero masculino (75,7%).

Noutro estudo, no período pesquisado, a empresa pública apresentava 3490 funcionários, sendo 2034 do sexo feminino e 1456 do sexo masculino. A empresa privada apresentava no total, 656 empregados, sendo 97 do sexo feminino e 559 do sexo masculino. Na 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).

O gênero feminino foi o que mais solicitou afastamentos por motivos de saúde, apresentando a maior Quantidade Total de Afastamentos com média de 14,17 e desvio padrão de 16,48. Com a mesma tendência, no presente estudo, o Número de Afastamentos Odontológicos também prevaleceu no gênero feminino com média de 1,21 e desvio padrão de 3,48.

Tal dado é corroborado 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), Silva et al. (2008) com 56,87%, da mesma forma, com as mulheres responsáveis por 75,9% dos afastamentos atestados, 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 nossos achados. Como medida de tendência central, o perfil dos servidores que solicitaram benefício 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).

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 retrocitados, 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%.

6.3 CARGO

No estudo em tela, 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, distribuídos percentualmente, apresentando assim, um índice de 14,6% para categoria profissional de Professores, 11,4% para Monitores, sendo que Merendeiras e Serventes obtiveram respectivamente 6,7 e 6,1%, estando o restante da amostragem por função ocupacional pontuada com índices percentuais abaixo de 6%, com um mínimo de 0,3%.

De maneira similar, porém 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.

O cargo com a maior média da Quantidade Total de Afastamentos foi o de Auxiliar Social de Creche com 45 eventos no período, no presente trabalho. O mesmo foi atribuído para a maior média de Número de Afastamentos Odontológicos: Escriurário com 25,5, Auxiliar Social de Creche com 15, Engenheiro Civil com 7, Merendeira com 1,73 e Professor com 1,46. 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 Cunha, em 2007, o cargo de auxiliar foi responsável por uma taxa de 34,7% dos afastamentos, porém não atribui a qual setor de lotação, se saúde ou administração, setores peculiares à pesquisa, tampouco se refere à dados absolutos. 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). Concordante, o cargo com maior frequência de absenteísmo, profissionais do magistério (27,1%), foram seguidos pelos auxiliares de enfermagem (12,7%) e educadores (11,3%) (MARGRHRAF; SILVA, 2010). Martins et al. (2005) encontraram no serviço público o maior número de faltas na função de auxiliar de serviços gerais.

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 forma 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

O tempo de serviço foi agrupado em: período total do exercício profissional, a partir da data de admissão do servidor, que oscilou numa faixa temporal de 2 a 484 meses, com média de $118,17 \pm 100,91$ meses, ou seja, 9,84 anos (DP=8,41); e o período do levantamento que variou de 2 a 137 meses, com a média de $83,29 \pm 50,79$ meses, ou seja, 6,94 anos (DP=4,23), no presente estudo.

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 nem média ou desvio padrão deste tempo de exercício profissional. Os 782 trabalhadores acompanhados tinham, no início da coorte em média de tempo de emprego na empresa de 14,9 (DP = 9,8) anos (OENNING et al., 2012).

No estudo em tela, houve uma correlação positiva indicando que quanto maior o tempo de serviço, maior a Quantidade Total de Afastamentos por motivos de tratamento de saúde. Este achado é discordante 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 associação significativa, porém inversa, sendo que a maior média, 46 dias, foi verificada para aqueles com até 5 anos de vínculo, a menor faixa de tempo de serviço então atribuída no estudo. 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). Isto aponta para uma possível correlação negativa, não calculada, quanto ao tempo de serviço e o números de afastamentos, mostrando, ao contrário do presente estudo, que a medida que aumenta o tempo de serviço, diminui a quantidade de afastamentos dos servidores envolvidos.

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. 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

Para a caracterização do quadro do funcionalismo municipal foram utilizadas as divisões administrativas intrínsecas da própria Instituição, a pasta denominada

Prefeitura Municipal, composta pelo Prefeito e Assessores Diretos, e 11 Secretarias, cuja distribuição na amostra apontou uma concentração de 48,1% dos funcionários lotados no setor da Educação, 27,7% na Saúde, seguidos pela Secretaria da Administração com um índice percentual de 6,4%, estando as outras Secretarias e Pasta com uma concentração de funcionários variando numa faixa de 0,3 a 4,1% da amostra coletada.

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.

No presente estudo a secretaria com a maior Quantidade Total de Afastamentos foi a Secretaria de Educação com média de 15,58, Secretaria Municipal de Assistência Social com 10,92 e Secretaria de Saúde com 8,81 eventos, respectivamente. O mesmo foi atribuído para a maior média de Número de Afastamentos Odontológicos para a 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 atestações odontológicas.

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.

Já Santos e Mattos (2010) encontraram 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 aqui 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%, seguida de funcionários com ensino médio em 39,9% e o índice menor de 15,5% foi atribuído ao funcionalismo com ensino fundamental, em que pese uma taxa zero de analfabetismo.

Similarmente, 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, porém sem especificar a formação em nível de escolaridade propriamente dita, deixando margens para interpretação. Já 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 similar 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). A amostra de Quinõnez 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.

Neste estudo a maior prevalência encontrada para Quantidade Total de Afastamentos por motivos de doença foi no nível de ensino superior com média de 12,92 e desvio padrão de 16,84. No entanto, o maior Número de Afastamentos Odontológicos foi prevalente no nível de ensino médio com média de 1,13 e desvio padrão de 4,08.

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. Já 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. 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, o estudo em tela é corroborado por Coelho et al. (2010) que 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%.

6.7 FAIXA SALARIAL

Quanto ao quesito condições sócio econômicas, no presente estudo preponderou na amostragem uma renda mensal de 1 a 3 salários mínimos com taxa percentual de 61,5%, intermediada por um rendimento salarial de 4 a 6 salários mínimos em 28,9%, contra um ganho superior a 6 salários mínimos em apenas 9,6%.

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 Quinõnez 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 no câmbio monetário e as épocas dos estudos, que obviamente influenciam nos valores absolutos, além da inversão crescente percentual para as faixas salariais mais elevadas no estudo de Reisine em 1984.

Quanto a Faixa Salarial, nesta pesquisa prevaleceu uma maior Quantidade Total de Afastamentos relacionada a motivos de tratamento de saúde entre os

funcionários com renda entre 4 a 6 salários mínimos, com média de 15,58 e desvio padrão de 19,09. Da mesma forma, o maior Número de Afastamentos Odontológicos também se concentrou na Faixa Salarial de 4 a 6 salários mínimos, com média de 1,14 e desvio padrão de 2,68. Concordante, Cunha (2007) que encontrou também 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.

Com outros achados 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 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. Já 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 pouca renda.

6.8 QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS

6.8.1 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 96, para um mesmo servidor, cuja somatória, de todos os servidores, atingiu um total de 3743 eventos, com média de $11,01 \pm 14,56$, com uma taxa de 96,96%.

Com números praticamente idênticos, esta pesquisa em que 542 de 782 sujeitos, num período de estudo de 3 anos, apresentaram 2.546 eventos, apontou que 2.447 (96,11%) foram relacionadas a faltas em períodos inferiores a 15 dias de duração (OENNIG et al., 2012).

Muito embora, nas modalidades de afastamentos, os com até 15 dias de justificativa por atestação, também foram prevalentes no estudo de Cunha (2007), apontando uma taxa de 45,9% para estes eventos, e corroborando de forma indireta

com os números absolutos da presente pesquisa, como sendo os de maior prevalência. Também apontam a mesma tendência os números na pesquisa de Fakihi et al. (2012), onde foi encontrado 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.

No total, foram analisados, no período de janeiro a junho de 2002, nas empresas pública (prefeitura) e privada (indústria), 1642 atestados, sendo 64 odontológicos e 1578 médicos. Do total de atestados, 1311 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). Na população estudada, que compreendeu um total de 526 trabalhadores de enfermagem, repercutiu em 1573 afastamentos com 248 causas distintas ao sistema de saúde do trabalhador no período de Janeiro a Dezembro de 2010 (PINHEIRO, 2012).

6.8.2 Quantidade de afastamentos do trabalho por Auxílio-Doença

A quantidade do benefício auxílio-doença somou um montante de 97 ocorrências, no seu total, que oscilaram de 0 a 5 eventos no máximo por funcionário licenciado, com média de $0,29 \pm 0,71$, em números relativos, 2,51%.

Na contramão, foram 1.127 ausências do trabalho (38,8%) por Licença para Tratamento de Saúde (LTS) superiores a 15 dias, referidas a apenas 5 colaboradores (FAKIH et al., 2012).

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

Foi registrada uma soma total de 20 sinistros, contemplando suas vítimas com o benefício do auxílio-acidente numa estreita e pequena gama de 0 a 2 situações por beneficiário, com média de $0,06 \pm 0,26$, em números relativos, 0,52%.

Nesta mesma tendência 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 o índice percentual de 2% relacionados a afastamentos por Acidente de Trabalho, porém não descrevem maiores detalhes numéricos relativos ou absolutos, descritivos ou inferenciais.

6.8.4 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, atingiu a marca de 3860 eventos, desde nenhum acontecimento, zero, até o limite de 100 situações de ausência ao trabalho justificada pelo mesmo servidor por atestação médico – odontológica, com uma média de $11,46 \pm 15,17$.

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 nos números para este estudo e o trabalho em tela, tanto pela semelhança de período de levantamento, cerca de uma década, e pouco mais, quanto pela proporcionalidade do número de funcionários ativos e seus respectivos afastamentos, em que pese uma diferença de 11,5 vezes o número de funcionários de Santa Catarina (11.189) para os de Santa Cruz do Rio Pardo (973), que na proporção confeririam a estes 11,5 vezes mais os afastamentos a eles atribuídos, além de 1 ano e 5 meses à mais de levantamento e possíveis eventos adicionais.

Numa população média de 7.428 funcionários, em 6 anos de levantamento, foram identificados 6.445 afastamentos por razão de tratamento de saúde, com média de 2,69 (SILVA et al., 2008). O que inferencialmente comparado ao estudo 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.

Já, Fakh et al. (2012) verificaram 2.898 ausências não previstas, num período de 12 meses, em 96,8 colaboradores, sendo estas: 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. Da mesma forma, comparativamente ao presente estudo, aproximadamente 10% do tempo de levantamento e do quadro de funcionários, para um cômputo de 75% do total de afastamentos.

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 (MARGRHRFAF; SILVA, 2010). Ainda, comparativamente a presente pesquisa, 33,34 vezes o quadro de funcionários, para 16,02 vezes o números de afastamentos em um período 11 vezes menor.

Leão et al. (2011), encontraram 40.578 afastamentos em 14.484 servidores estatutários do Município de Goiânia no período de 2005 a 2010, porém não descrevem maiores detalhes numéricos relativos ou absolutos, descritivos ou inferenciais. Assim, no mesmo raciocínio comparativo com o estudo em tela, com um quadro funcional 14,88 vezes maior, na metade do período de levantamento, houve 10,51 vezes a quantidade de afastamentos.

Seja de origem médica e/ou odontológica, 284 servidores, 83,5%, apresentaram alguma modalidade de afastamento para tratamento de saúde no presente estudo.

Índice elevado também de absenteísmo foi encontrado na amostra de 400 servidores públicos, onde 301 destes, 75%, 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 (74,9%) que tiveram algum tipo de ausência. Corroborado com pesquisa em que 542 de 782 sujeitos apresentaram 2.546 eventos que geraram licença médica, 69,3%, com média de 3,3 episódios por trabalhador (OENNIG et al., 2012).

Porém, com taxa menor, Dimarzio (2011), encontrou em 240, 91 servidores afetados por afastamentos para tratamento de saúde, equivalente a 37,91%.

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).

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 a discussão um tema tão delicado, quanto polêmico, difícil de abordar, e até mesmo improvável de se aferir: as possíveis fraudes em atestações médicas ou odontológicas, que per si caracterizariam crime de falsidade ideológica e falsificação de documento. 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 do servidor público já citada, 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.

6.9 CAUSA(S) DO(S) AFASTAMENTO(S)

6.9.1 Origem Médica

Do universo amostral estudado, 193 funcionários, correspondendo a 56,8%, tiveram como causas de afastamentos somente a origem de patologia médica.

Nenhum estudo foi encontrado que classificasse os indivíduos da amostra somente com faltas de origem exclusivamente médicas, quando analisadas num contexto que houvesse ambas as modalidades de ausências, médica ou odontológica.

6.9.2 Origem Odontológica

De origem patológica exclusivamente odontológica, foram evidenciados os afastamentos de somente 3 indivíduos, representando 0,9%, nos quais nenhum evento de afastamento de causa médica pôde ser constatado nestes indivíduos.

Nenhum estudo foi encontrado que classificasse os indivíduos da amostra somente com faltas de origem exclusivamente odontológicas, quando analisadas num contexto que houvesse ambas as modalidades de ausências, médica ou odontológica.

6.9.3 Origem Médica e Odontológica

Já, afastamentos por ambas as condições, médicas e odontológicas, num mesmo indivíduo, foram identificados em 88 sujeitos, refletindo um percentual de 25,9%.

Nenhum estudo foi encontrado que classificasse os indivíduos da amostra com faltas de origem exclusivamente odontológicas ou médicas, ou ainda, em ambas as formas associadas nos mesmos indivíduos, quando analisadas num contexto que houvesse ambas as modalidades de ausências, médica e/ou odontológica.

6.10 ETIOLOGIA - CAUSA POR AFASTAMENTO MÉDICO

Quanto à causa do afastamento, do ponto de vista etiológico, contabilizaram-se todos os tipos de patologias registradas por indivíduo de acordo com o CID encontrado em cada um de seus atestados apresentados. Desta forma foi possível

estabelecer percentualmente a prevalência das Doenças encontradas. Assim, a maior prevalência foi das **Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99)** encontradas em 44,7% dos indivíduos da amostra, seguida pelas **Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99)** com 37,6%, das **Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)** com 36,5%, sequencialmente por **Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias – (A00-B99)** com 30,6% e na 5ª posição, os **Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde – (Z00-Z99)** com 29,4%, em que pese o alto índice de atestados com **Causa não determinada – Sem CID**, com 36,2%.

Ainda com relação às principais causas de absenteísmo, vale ressaltar que a prevalência de doenças mentais foi representativa. Apesar de não ter sido incluída entre as primeiras causas de afastamento, verificou-se que a mesma ficou entre os principais agravos apresentando, assim, os **Transtornos Mentais e Comportamentais – (F00-F99)** um índice percentual de 22,1%.

Parcialmente concordantes com os achados desta pesquisa, 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%.

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%).

Ainda, a doença que mais levou ao afastamento do trabalhador tanto na empresa pública, quanto na privada foi a dorsalgia, cujo CID é o M54 (MARTINS et al., 2005). Endossando o achado dos autores que atribuem às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo a maior prevalência. 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). Da mesma forma, Ferreira et al. (2011), encontraram para as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, 23,22%, porém seguidas pelas doenças oftalmológicas com 8,06%. Em estudo recente 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). Seguindo esta tendência, 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%.

No entanto, 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 de CID não identificado 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%. Concordante em parte com estes autores, Cruz et al. (2011) encontraram um percentual de 30,8% para os Transtornos Mentais do Grupo F do CID. Também encontraram 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 (MARGRHRAF; SILVA, 2010).

Resultado similar, foi encontrado em estudo de 2 anos distintos, onde os índices relativos de maior incidência de patologias 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), atribuiu 78,9% aos transtornos mentais e comportamentais, como associados as ausências do trabalho pelo benefício auxílio – doença, e às ausências por Faltas Justificadas, em períodos inferiores a 15 dias, encontrou 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 CID's identificáveis, houve uma alta taxa de atestados sem a CID especificada, 14,1%, similarmente a exemplo do estudo em tela, porém menor.

6.11 CAUSA POR AFASTAMENTO ODONTOLÓGICO

Foram aqui computadas somente as CID's de origem odontológica, elencando o código, a sua definição e as suas respectivas ocorrências quantificadas de forma absoluta e relativa.

A soma de todos os eventos encontrados neste estudo foi de 337 condições patológicas bem definidas pela sua CID ou indeterminadas pela ausência deste. Assim, 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% 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 CID's 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%.

Com outros achados divergentes, onde as causas de afastamento foram classificadas por grupo nosológico segundo a CID-10, os principais motivos de afastamento no período estudado foram, por 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). Concordantes, as patologias orais 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).

Com outra forma de classificação e apresentação, além de achados diferentes, Coelho et al. (2010), relata 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 para o abono das faltas ao trabalho por motivo de doença e pagamento dos respectivos salários é necessário a codificação de enfermidade. Referem também que 64,4% dos dentistas indicam no atestado o ato praticado, o que sugeriria o desconhecimento do segredo profissional, ou do CID, que foi estabelecido 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 concordemos que se deva aplicar aqui, tanto para a atestação, quanto para a codificação do CID, os preceitos estabelecidos no Decreto 27.048/1949 (BRASIL, 1949 a) que aprova o regulamento da Lei 605/1949 (BRASIL, 1949 b) e, na Resolução CFM 1.658/2002 e na Resolução CFM 1.851/2008

(BRASIL, 2002; BRASIL, 2008b), respectivamente, afim de que se cumpra o estabelecido na legislação e normativa, e não se cogite a quebra do sigilo profissional, mesmo com a utilização da CID. No que tange a referida lei e a normativa, parece-nos lícito compreender que a prerrogativa de aceitação do atestado médico ou odontológico é do perito da empresa empregadora, 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, 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, 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 do sigilo profissional. No presente estudo não foi verificado por parte da Instituição contratante, Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo, quaisquer resistência ou empecilhos quanto aos atestados odontológicos ou médicos, seja com o CID codificado ou não.

E mais, nos parece que o cirurgião dentista não só desconhece a CID e aspectos relevantes do sigilo profissional, como também a legislação e normativas que regem a atestação médico – odontológica, constatação esta inferida pela massiva quantidade de atestações encontradas sem a CID, 43,62%, além da explicitação objetiva do diagnóstico no atestado, e mesmo quando codificado, sem a concordância expressa do paciente ou responsável por este. Isto aponta para uma necessidade de se repensar a abordagem de tal tema nos cursos de graduação e pós-graduação de Odontologia, pois muito embora na Medicina isto também seja verificado, na Odontologia parece ser um problema muito mais visceral.

Ainda, 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 um CID médico para designar uma doença odontológica. A presente pesquisa discorda em parte desta afirmação, uma vez que foi possível encontrar outros CID’s de outros agrupamentos, e nada obsta a utilização destes, além dos do grupo “K”, desde que aplicados dentro do âmbito de atuação da odontologia e suas especialidades.

Entre os atestados, 22,9% não apresentaram codificação segundo a CID; 7,1% apresentaram codificação segundo a CID-9 e 3,3%, segundo a CID-OE. Codificação segundo a CID-10 foi apresentada em 66,7% dos atestados (TOGNA et al., 2011). Tais resultados são concordantes com os encontrados no presente estudo, que embora não tenha verificado outras codificações que não a do CID-10 ou a ausência deste, aponta para 43,62% de ausência do CID-10, e 56,38% da sua presença nos atestados 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 consequências 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). Concorda com o presente estudo nas possibilidades de codificações pela CID-10 que não se restrinjam somente ao capítulo das doenças do aparelho digestivo (“K”), mas diverge quanto a maior prevalência da patologia encontrada, atribuindo esta às exodontias, a despeito do presente estudo apontar para os dentes retidos ou inclusos, estes encontrados naquela pesquisa na 4ª. colocação no *ranking* de prevalências.

Na análise do absenteísmo devido à dor orofacial, 10,5% dos indivíduos da amostra referiram ter se ausentado do trabalho com atestação odontológica (JAAFAR et al., 1989). Corroborado por outro estudo, onde se observou que 11,6% dos trabalhadores com queixa de dor precisou faltar ao trabalho (LACERDA et al., 2011). No presente estudo não foi possível identificar objetivamente a dor como um fator causal direto relacionado ao absenteísmo odontológico.

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). Tal dado ratifica 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 viés nas evidências apontadas.

6.12 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 nos atestados de forma direta e objetiva ou por intermédio da notação do CID-10 específico para tal evento: Z 76.3 - Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente. Foi possível identificar que 43 servidores se ausentaram de suas funções laborativas habituais nesta circunstância, representando um percentual de **12,6%**, oscilando desde uma única falta, 7,6%, até 14 ausências, 0,3%, desta somatória total percentual.

Pode-se notar no presente estudo que a empregadora em questão considerou como legítima a justificativa do afastamento para o acompanhamento familiar, abonando sua falta e não atribuindo desconto na remuneração dos servidores em tais eventos, a despeito da não obrigatoriedade de fazê-lo, fundamentada na ausência de legislação ou normativa específica que regule tal situação. 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.

Nesta mesma tendência, Ferreira et al, (2011), encontraram 36 atestações de acompanhamento familiar, numa taxa percentual de 11,61%.

Já, Andrade et al. (2008) 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.

6.13 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 levantado houve uma perda total de **35.110 dias**, oscilando desde nenhum dia, até 1.936 dias perdidos pelo mesmo servidor, com uma média de 103,25 e desvio padrão de 257,89.

Em estudo do absenteísmo médico e odontológico, no período 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, respectivamente, somando um total de 5.706, com duração média das ausências de 3,82 e 2,13 dias (MARTINS et al., 2005). Este trabalho, comparativamente ao estudo em tela, apresentou um quadro funcional total 4,26 vezes maior, com um período de levantamento 23 vezes menor, encontrando aproximadamente 16,25% das ausências.

Num período inferior, 2 anos e 8 meses, somaram 9.219 dias perdidos, com mediana de 19 dias por indivíduos (ANDRADE et al., 2008). Proporcionalmente, o número de dias perdidos se assemelha ao do presente estudo, considerando a disparidade do período estudado de 32 meses, 23,35%, dos 137 meses de levantamento deste trabalho, porém com média em torno de 30 afastamentos por indivíduo.

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, com média de 46,81 (SILVA et al., 2008). Na mesma linha de pensamento comparativo com o presente estudo, foram 7,5 vezes o quadro funcional, na metade do período de levantamento com 8,62 vezes o número de dias perdidos de trabalho.

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 destes trabalhadores por motivos de doença no período de um ano (ALVES et al., 2006). Com mais de 2,5 vezes o número de servidores, encontrou 37,39% de dias perdidos, em um período de levantamento mais de 11 vezes menor, quando comparado ao estudo em tela.

Cunha (2007) encontrou um número alarmante de 1.197.809 dias de ausência ao trabalho, num intervalo de tempo semelhante (10 anos – 1995 a 2005), aproximadamente 34 vezes mais o encontrado no estudo em tela, ainda que guardadas as devidas proporções relativas ao montante atribuído aos respectivos quadros do funcionalismo de cada instituição pesquisada em ambos os estudos (973 / 11.189), cerca de 11,5 vezes maior.

De um quadro com 32.447 funcionários da Prefeitura Municipal de Curitiba no ano de 2009, 17.826 servidores registaram 444.957 dias perdidos com Licenças para Tratamento de Saúde (MARGRHRF; SILVA, 2010). Em um ano, com um quadro funcional 33,34 vezes maior, esta pesquisa aponta um montante 12,67 vezes maior de dias perdidos por faltas, que proporcionalmente indicaria 4,37 vezes o encontrado no estudo em tela.

Leão et al. (2011), encontraram 40.578 afastamentos em 14.484 servidores estatutários do Município de Goiânia no período de 2005 a 2010, que geraram 944.722 dias de ausência, com duração média de 23 dias, porém não descrevem maiores detalhes numéricos relativos ou absolutos, descritivos ou inferenciais. Na metade aproximada do tempo de levantamento, com um quadro funcional 14,88 vezes maior que o do presente estudo, nota-se um número de dias perdidos 27 vezes maior.

Pesquisa em que 542 de 782 sujeitos, num período de estudo de 3 anos, apresentaram 2.546 eventos, apontou um total de 15.897 dias perdidos por motivo de doença (OENNIG et al., 2012). Este trabalho permite inferir aproximadamente o dobro de dias perdidos, proporcionalmente ao estudo em pauta, em média de dias perdidos, por funcionário ativo, por ano levantado.

6.14 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 **460,85 dias** com desvio padrão de 736,76, oscilando de zero a 4165 dias, ou seja, o período total do levantamento.

Não se encontrou na literatura nenhum estudo que atribuisse este quesito ao rol de dados coletados e analisados.

6.15 NÚMERO DE AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS

O número de afastamentos exclusivamente odontológicos foi computado, atingindo a soma total de **337 eventos**, com uma média de 0,99 faltas por indivíduo, com desvio padrão de 3,09, variando entre nenhum até 32 afastamentos do mesmo funcionário, em um quadro funcional ativo de 973 servidores, **em números relativos, 8,73% do total de afastamentos**.

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.

Já, os dados utilizados nesta investigação foram obtidos junto ao Departamento Médico da Secretaria Municipal da Administração de São Paulo, e compreendem o período de dezembro de 1996 a dezembro de 2000, contabilizaram 1.628 afastamentos odontológicos, de um quadro geral de servidores com 115.564 elementos (MAZILLI, 2004). Indutiva e comparativamente com o presente estudo, em números aproximados, num quadro funcional cerca de 118,77 vezes maior, em um terço do período de levantamento, o número de afastamentos foi apenas 4,83 vezes maior, apontando um índice de absenteísmo odontológico expressivamente menor.

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 2000 a 2006, dos quais 324 eram odontológicos (COELHO et al., 2010). Permite-se intuir que, com números aproximados do quadro funcional, aos do presente estudo, num período de levantamento de pouco mais da metade, houve uma frequência semelhante de afastamentos em números absolutos, que proporcionalmente implica em praticamente o dobro de ocorrências desta natureza.

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, existiam 3.518 servidores ativos em dezembro de 2009: 1.753 da capital e 1.765 de outros 37 municípios. Foram analisadas as 240 solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico (105 de 2008 e 135 de 2009). Guardadas as devidas proporções da diferença do tempo de levantamento e do quadro do efetivo do funcionalismo, proporcionalmente há uma semelhança inferida nestes números, com uma média aproximada de 34 atestados para cada 1.000 servidores do estudo retro citado, e uma média de 30 atestações para cada 1.000 funcionários da pesquisa em tela, ambas para um período médio de um ano.

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). 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 odontológico, sem porém identificá-los, num universo de 250 atestações, com uma taxa de 4%. Tais dados relativos corroboram os encontrados no estudo em pauta, também apontando baixos índices, quando comparados ao conjunto total do absenteísmo médico e odontológico.

6.16 DIAS PERDIDOS POR AFASTAMENTOS ODONTOLÓGICOS

A soma de todos os dias perdidos por ausências de cunho odontológico atingiu a casa dos **425 dias**, com média de 1,25 e desvio padrão de 3,78, oscilando entre nenhum e 32 dias perdidos pelo mesmo indivíduo.

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 a amostra populacional do estudo. Similarmente, em 1992, Gift et al. citaram em seu trabalho, que em 1989 em nível nacional (EUA), 164 milhões de horas de trabalho são perdidas anualmente por indivíduos empregados como resultado de suas visitas ao dentista por problemas odontológicos. Segundo os autores, este volume de horas perdidas de trabalho representa aproximadamente 148.000 horas perdidas por 100.000 indivíduos empregados. Não há referência a números que definam os eventos de afastamentos ou os dias perdidos de trabalho do cômputo destas horas referidas.

A soma total de dias de afastamento de cunho odontológico foi de 8.850 em 1.628 eventos (MAZILLI, 2004). Indutiva e comparativamente com o presente estudo, em números aproximados, num quadro funcional cerca de 118,77 vezes maior, em um terço do período de levantamento, o número de dias perdidos foi, ainda, de apenas 20,82 vezes maior.

No entanto, para o estudo de Togna et al. (2005), 240 afastamentos odontológicos totalizaram 482 dias perdidos de trabalho. Guardadas as devidas proporções da diferença do tempo de levantamento (2 / 11,5 anos) e do quadro do efetivo do funcionalismo (3.518 / 973 funcionários), proporcionalmente há uma discrepância inferida nestes números, com uma média aproximada de 68 dias perdidos para cada 1.000 servidores do estudo retro citado, e uma média de 37 dias perdidos para cada 1.000 funcionários da pesquisa em tela, ambas para um período médio de um ano.

A maior parte dos afastamentos por razões odontológicas tiveram a duração de 1 dia, sendo que levaram o trabalhador a afastar-se do labor por até no máximo 5 dias, atingindo um total de 89 dias (MARTINS et al., 2005). Isto encontra convergência parcial com o presente estudo quanto a média de perda de 1 / 1,25 dias de trabalho, porém o máximo encontrado foi 6,4 vezes maior que o apontado (5 / 32 dias no máximo); além de apresentar um quadro funcional total 4,26 vezes maior, com um período de levantamento 23 vezes menor, encontrando aproximadamente 0,21 vezes o total dos dias perdidos atribuídos neste.

6.17 NÚMERO DE AFASTAMENTOS MÉDICOS

O número de afastamentos, exclusivamente de ordem médica, somaram **3523 eventos**, em **números relativos, 91,27% do total de afastamentos**.

Ferreira et al, (2011), encontraram num estudo inespecífico para o absenteísmo, seja médico ou odontológico, 96% de afastamentos exclusivamente de origem médica. 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%. Tais dados confirmam a tendência apontada no estudo em tela.

6.17.1 Número de afastamentos Médicos por faltas justificadas

O número de afastamentos exclusivamente de origem médica, ocasionados por faltas justificadas ou abonadas, aquelas ocorridas em dias ou períodos de no

máximo de 15 dias, atingiu a soma de **3.406 eventos**, com média de 10,03 e desvio padrão de 13,39, variando entre nenhum e 78 afastamentos por servidor, em **números relativos, 88,24%**.

Os atestados médicos, com finalidade de abonar até 15 dias de ausência ao trabalho, tiveram peso substancial sobre o total de atestados, 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). Tais elementos corroboram os do presente estudo.

Dimarzio (2011) avaliando no período de 2 anos o número de afastamentos para tratamento de saúde em atestados de 3 a 15 dias de justificativa de ausência, encontrou 149 atestações, para um quadro de funcionários da área de saúde que variou, nos respectivos anos de estudo, de 229 a 240 indivíduos. Num período de levantamento praticamente 6 vezes maior, com 4 vezes mais funcionários, foram 23 vezes mais afastamentos desta modalidade os encontrados no presente estudo, quando comparado à dissertação retro citada.

6.17.2 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 **8.812 dias**, com média de 25,92 e desvio padrão de 39,43, variando entre nenhum e 293 dias perdidos.

A maior parte dos afastamentos por razões médicas tiveram a duração de 1 dia, atingindo um total de 5.617 dias (MARTINS et al., 2005). Este trabalho, comparativamente ao estudo em tela, apresentou um quadro funcional total 4,26 vezes maior, com um período de levantamento 23 vezes menor, encontrando aproximadamente 0,63 vezes o total dos dias perdidos atribuídos neste.

Avaliando, no período de 2 anos, os afastamentos para tratamento de saúde em atestados de 3 a 15 dias de justificativa de ausência, Dimarzio, em 2011, encontrou 1.634 dias de trabalho perdidos, para um quadro de funcionários da área de saúde que variou, nos respectivos anos de estudo, de 229 a 240 indivíduos. Num período de levantamento praticamente 6 vezes maior, com 4 vezes mais funcionários, foram 5,39 vezes mais dias perdidos desta modalidade de

afastamentos os encontrados no presente estudo, quando comparado à dissertação retro citada.

6.17.3 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. Assim, a quantidade do benefício auxílio-doença somou um montante de **97 ocorrências**, no seu total, que oscilaram de 0 a 5 eventos no máximo por funcionário licenciado, com média de $0,29 \pm 0,71$, em **números relativos, 2,51%**.

Num extremo substancial, no período 2 anos, 2004 e 2005, onde o quadro funcional foi composto por 14.108 e 18.579 servidores, respectivamente, foram analisadas 14.779 licenças de longa duração, períodos iguais ou superiores a 15 dias de afastamento, a uma razão de 3,45 Licenças para Tratamento de Saúde por servidor, distribuídas nas diversas secretarias da Prefeitura de Porto Alegre (SANTOS; MATTOS, 2010). Comparativamente, guardadas as devidas proporções, a investigação retro citada apresenta um quadro de funcionalismo médio 16,79 vezes maior que o do estudo em tela, e aponta um índice desta modalidade de afastamento aproximadamente 153 vezes maior, muito embora o período de levantamento seja de pouco mais de um sexto deste.

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 **24.028 dias**, com média de 70,67 e desvio padrão de 241,39, oscilando entre nenhum e 1.874 dias perdidos.

No período 2 anos, 2004 e 2005, onde o quadro funcional foi composto por 14.108 e 18.579 servidores, respectivamente, um total de 311.721 dias de trabalho perdidos foi encontrado na Prefeitura de Porto Alegre (SANTOS; MATTOS, 2010).

Proporcionalmente, com um quadro médio de servidores 16,79 vezes maior, com um valor aproximado de pouco mais de um sexto do período de levantamento, a Prefeitura de Porto Alegre, apresentou 13 vezes o número de dias perdidos quando comparada a Prefeitura de Santa Cruz do Rio Pardo, do presente estudo, com uma média de dias perdidos por ano por servidor ativo de 9,53 e 2,14, respectivamente.

6.17.5 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. Assim, foi registrada uma soma total de **20 sinistros**, contemplando suas vítimas com o benefício do auxílio-acidente numa estreita e pequena gama de 0 a 2 situações por beneficiário, com média de $0,06 \pm 0,26$, em **números relativos, 0,52%**.

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, ambos com índices abaixo de 1% (0,66% / 0,52%).

6.17.6 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 **1.845 dias**, com média de 5,43 e desvio padrão de 42,35, oscilando entre nenhum e 688 dias perdidos.

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). Inferencial e comparativamente, o presente estudo encontrou 1,67 vezes o número de dias perdidos por acidente de trabalho, numa população funcional ativa 1,24 vezes maior, porém num período de levantamento aproximadamente 4 vezes maior que naquela investigação.

6.18 AFECÇÕES DE ORIGEM MÉDICA MAIS FREQUENTES

As afecções de origem médica encontradas puderam ser classificadas e descritas de acordo com sua origem, frequência e em seus percentuais de ocorrência, em predominantemente: **física** em 263 indivíduos com **77,4%** de prevalência, seguida das psíquicas em 13, com 3,8%, não determinadas, em 3, 0,9% e psicossomáticas em 2, com 0,6%, contra 59 sujeitos, 17,4%, sem ocorrência de nenhuma das modalidades das afecções descritas.

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, aponta-se aqui **o índice de 82,6% de ocorrências de afecções de origem médica**, ou seja, da amostragem válida (n=340), 281 indivíduos se afastaram do trabalho por algum tipo de comprometimento patológico de ordem médica, o absenteísmo médico.

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 (MARGRHRF; SILVA, 2010).

6.19 CID-10 – MÉDICO

O CID-10 da doença que foi mais prevalente e passível de identificação na área médica, no presente estudo, atribuiu-se ao **J11, influenza devida a vírus não identificado (gripe)**. 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. De forma diferente, Pinheiro (2012) atribui a um subgrupo, do M40 ao M54, que classifica como dorsopatias, as patologias mais frequentes. Similarmente, Oenning et al. (2012) encontraram como os diagnósticos mais frequentes os CID’s: M54 – dorsalgia e o M65 – sinovite e tenossinovite. Já Cunha, em 2007, não cita o CID objetivamente, porém classifica como sendo os episódios depressivos (F32) os mais frequentes. Tais dados são confirmados por Santos e Mattos (2010) que encontraram no CID F32 a maior prevalência. Portanto, da literatura pesquisada não houve nenhuma congruência quanto ao CID mais prevalente encontrado na pesquisa em tela, em que pese o fato de que a maioria dos trabalhos citam 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.

6.20 AFECÇÕES DE ORIGEM ODONTOLÓGICA MAIS FREQUENTES

Por sua vez, as afecções de origem odontológica encontradas também puderam ser classificadas e descritas de acordo com sua manifestação, frequência e em seus percentuais de ocorrência, como predominantemente: em **tecidos moles**

em 57 indivíduos com **16,8%** de prevalência, seguida das não determinadas em 18, com 5,3%, das em ambos os tecidos (duro e mole) em 8 com 2,3%, das em tecidos duros em 6 com 1,8% e finalmente 2 indivíduos com manifestação de patologia psicossomática, 0,6%, contra 249 sujeitos, 73,2%, sem ocorrência de nenhuma das modalidades de afecções descritas.

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, aponta-se aqui **o índice de 26,8% de ocorrências de afecções de origem odontológica**, ou seja, da amostragem válida (n=340), 91 indivíduos se afastaram do trabalho por algum tipo de comprometimento patológico de ordem odontológica, o 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, Reisine (1985) cita que outros estudos apontam um absenteísmo odontológico flutuando entre índices de 15 a 33%. Em estudo recente, Coelho et al. (2010) encontraram o absenteísmo odontológico na casa dos 33%. Tais montantes são convergentes com o encontrado no presente estudo.

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%.

6.21 CID-10 - ODONTOLÓGICO

O CID-10 da doença que foi mais prevalente e passível de identificação na área odontológica foi atribuído ao **K01.0, Dentes Inclusos**. Foram encontrados 29

atestados com esta descrição, 8,61%. Converge para o que Marzola (2008) apregoa, numa faixa de variação de 8,16% a 17,9% de prevalência. Ademais se utilizarmos também o conceito amplo de Retenção Dental deste autor, poderíamos somar a este CID, pela própria definição, os CID's K01 e K01.1 de dentes inclusos e impactados, e dentes impactados, respectivamente, que somaram mais 2 eventos cada, numa soma percentual de 1,18%, a ser acrescido ao percentual de Dentes Inclusos encontrados, num total de 9,79%. Discordante com o presente estudo, mas ainda endossado pela literatura, Toledo et al., em 2008, acharam uma prevalência de 16,03% para as Retenções Dentais. Estas comparações e inferências devem ser analisadas com cautela, uma vez que na pesquisa em pauta a prevalência das retenções dentais está associada às atestações para afastamento do trabalho, obviamente por sintomatologia ou por procedimentos atribuídos a patologia. Já outros estudos avaliaram a prevalência única e exclusiva, seja para patologia sintomática, associada a procedimento ou não, por exemplo, exodontia ou pericoronarite do elemento retido, ou ainda, assintomática, a exemplo de estudos relacionados a achados radiográficos. Assim, espera-se que, dado à possibilidade da patologia passar por despercebido ou ainda assintomática, e sem tratamento que justifique atestação de falta atribuída à doença, a prevalência encontrada no estudo em tela seja à menor, no máximo, coincidente com as estatísticas de prevalência somente, as quais implicam em possível contabilização dos casos onde o cursar da retenção dental é insidiosa.

Togna et al. (2005), encontraram as exodontias convencionais como a origem dos afastamentos mais prevalentes em sua pesquisa, atribuindo a 4ª posição aos dentes inclusos e impactados (K01.1), relacionada ao absenteísmo odontológico. Mazilli (2004) corrobora este achado com as exodontias por via alveolar (K08.1) também sendo mais prevalentes, e as exodontias de inclusos ou impactados em 5ª colocação, não obstante, o percentual encontrado de 6,88% seja próximo ao do presente estudo em tela; e mais, não tenham se referido à atestados sem CID, a exemplo deste trabalho, no qual percentual elevado desta situação foi identificado, em que pese ainda, em altíssimo índice percentual de 43,62%.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados encontrados e a proposição do presente estudo, parece-nos lícito concluir que:

- A solicitação de afastamentos por motivo de saúde ocorreu com mais frequência:
 - No gênero feminino;
 - Na faixa etária de 40 a 49 anos;
 - No cargo de Auxiliar Social de Creche;
 - No nível de escolaridade de ensino superior;
 - Na faixa salarial com renda entre 4 a 6 salários mínimos.
- A solicitação de afastamentos por motivo especificamente odontológico ocorreu com mais frequência:
 - No gênero feminino;
 - Na faixa etária acima de 60 anos;
 - No cargo de Escrivão;
 - No nível de escolaridade de ensino médio;
 - Na faixa salarial com renda entre 4 a 6 salários mínimos.
- A área da Administração mais afetada por problemas de saúde, seja médico ou odontológico, foi a Secretaria de Educação;
- Os cargos mais envolvidos no processo de auxílio-doença foram os de Auxiliar Social de Creche, Enfermeiro e Tratorista, com médias idênticas;
- As causas mais frequentes de afastamento puderam ser divididas e subdivididas em:
 - Origem:
 - Exclusivamente Médica com 56,8%;
 - Médica e Odontológica com 25,9%;
 - Exclusivamente Odontológica com 0,9%.
 - Etiologia:
 - Médica:
 - ✓ **Doenças do Aparelho Respiratório – (J00-J99)** em 44,7%, isoladamente o CID **J11**;

- ✓ **Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo – (M00-M99)** em 37,6%, isoladamente o CID **M54**;
- ✓ **Doenças do Aparelho Geniturinário – (N00-N99)** em 36,5%, isoladamente o CID **N30**;
- ✓ **Sem etiologia determinada (sem CID):** 36,2%.
 - Odontológica:
 - ✓ **Dentes Inclusos – (K01.0)** com 8,61%;
 - ✓ **Cárie Dentária – (K02)** com 5,34%;
 - ✓ **Doença da polpa e dos tecidos periapicais – (K04)** com 4,75%;
 - ✓ **Sem etiologia determinada (sem CID):** 43,6%.
- Os períodos de afastamentos por todos os motivos descritos foram divididos em:
 - **Afastamentos Odontológicos:** com 337 eventos e 425 dias perdidos;
 - **Afastamentos Médicos por faltas justificadas:** com 3.406 eventos e 8.812 dias perdidos;
 - **Afastamentos Médicos por Auxílio-Doença:** com 97 eventos e 24.028 dias perdidos;
 - **Afastamentos Médicos por Auxílio-Acidente / Acidente de Trabalho:** com 20 eventos e 1.845 dias perdidos;
 - **Total de todas as modalidades de Afastamento:** 3.860 eventos e 35.110 dias perdidos.
- A frequência média dos afastamentos demonstrou que a cada 460,85 dias o servidor faltante solicitava alguma modalidade de licenciamento por motivo de doença.
- Do total de afastamentos encontrados, 91,27% foram atribuídos às causas médicas e 8,73% às causas odontológicas em números relativos, em absolutos, 3.523 e 337 eventos, respectivamente.
- As afecções de origem odontológica mais prevalentes, de acordo com a sua manifestação, foram as de tecidos moles, com 16,8%.

-
- Aponta-se aqui o índice de 26,8% de absenteísmo odontológico, percentual este atribuído aos afastamentos do trabalho por algum tipo de comprometimento patológico de ordem odontológica.
 - As afecções de origem médica mais prevalentes, de acordo com sua manifestação, foram as físicas, com 77,4%.
 - O índice de ausências ocasionadas por algum tipo de doença de ordem médica, o absenteísmo médico, foi de 82,6%.

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.

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. 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 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. 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. 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. 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/PN_com_indice/PN_completo.html#Tema_PN95

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei - PL 7703 / 2006, de 21 de dezembro de 2006. Dispõe sobre o exercício da medicina. Brasília: Câmara dos Deputados; 2006 [acesso em 2013 jan 22]. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesweb/fichadetramitacao?ldproposicao=339409>.

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>

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.

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>.

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.

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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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>. Acesso: 03/11/2012.
- 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>.
- 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.
- Marghrhaf 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.
- Marzola C. Fundamentos de cirurgia buco maxilo facial. São Paulo: Editora Big Forms; 2008. 6 v.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Toledo GL, Álvares-Capellozza AL, Marzola C, Toledo-Filho JL, Capelari MM, Barbosa JL, et al. Estudo da prevalência de dentes retidos através de radiografias panorâmicas digitais no município de Curitiba, Paraná, Brasil. Rev Odonto Acad Tiradentes Odontol [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2013 jan 22];8(1):440-56. Disponível em: http://www.actiradentes.com.br/revista/2008/textos/REVISTA_ATO_2008_08_01.pdf.

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 - 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 odontológica mais frequentes: _____

CID-10: _____

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – FOB/USP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP

PROJETO DE PESQUISA**Título:** O PERFIL DO ABSENTEÍSMO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: CONSTATAÇÃO DO ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO NA SAÚDE DO SERVIDOR**Pesquisador:** Marcos Maurício Capelari**Versão:** 1**Instituição:** Faculdade de Odontologia de Bauru-USP**CAAE:** 02198912.4.0000.5417**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Número do Parecer:** 17195**Data da Relatoria:** 02/05/2012**Apresentação do Projeto:**

Com o presente projeto de pesquisa, o pesquisador propõe realizar um levantamento epidemiológico, com o intuito de se vislumbrar um panorama inequívoco da relação entre absentismo e doenças orofaciais de interesse da odontologia. Para tanto, optou por traçar o perfil do Absenteísmo na Administração Pública. Para tanto, a amostra será constituída de 343 prontuários funcionais de servidores públicos municipais de uma cidade do Interior do Estado de São Paulo, Brasil, (Santa Cruz do Rio Pardo) de um universo de 973 servidores ativos, que será submetida a uma avaliação transversal retrospectiva de cerca de 20 anos, no período de 1993 a 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 absentismo.

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo terá por objetivo avaliar o perfil do Absenteísmo na Administração Pública, o envolvimento médico odontológico relacionado ao afastamento do servidor do seu trabalho e, a relação entre Patologias Orofaciais e o Absenteísmo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há risco nem benefícios, uma vez que não há sujeitos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tendo em vista que a amostra da pesquisa será constituída apenas de prontuários, não há sujeitos da pesquisa. Referido projeto encontra-se de acordo com as normativas pertinentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram anexados à presente pesquisa, em especial o Termo de Aquisição emitido pela Administração Pública Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo-SP, autorizando o pesquisador a realizar a análise dos prontuários (amostra do projeto).

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, sou de parecer que o projeto em epígrafe seja considerado APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 02 de Maio de 2012

Assinado por:

Flávio Augusto Cardoso de Faria

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: "O PERFIL DO ABSENTEÍSMO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: CONSTATAÇÃO DO ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO NA SAÚDE DO SERVIDOR"

Pesquisador responsável: Marcos Mauricio Capelari – Pós-graduando (Mestrado)

Demais pesquisadores: Professor Doutor Aserio Gales Peres – Orientador

Instituição de origem dos pesquisadores: Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo

Área de Conhecimento: Saúde Coletiva – Odontologia do Trabalho

Curso: Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas Aplicadas, da Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

Telefone para contato: (14) 3235-8357 / 3235-8258

Local da Coleta de dados: Departamento de Recursos Humanos, da Secretaria da Administração, da Prefeitura do Município de Santa Cruz do Rio Pardo – SP.

Registro do CEP:

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;

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-101 – C.P. 73
e-mail: dep-oco@fob.usp.br - Fone (0xx14) 3235-8258 – Fax (0xx14) 3235-4619
http://www.fob.usp.br

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Os Pesquisadores declaram ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem 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 abril de 2012.

Marcos Mauricio Capelari
Pesquisador

Prof. Dr. Arsenio Sales Peres
Orientador

ANEXO C – Termo de Aquiescência

Prefeitura de Santa Cruz do Rio Pardo

ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO 1

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 Absenteísmo, para fazer parte do Projeto de Pesquisa intitulado “O PERFIL DO ABSENTEÍSMO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: CONSTATAÇÃO DO ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO 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.

Santa Cruz do Rio Pardo, 03 de abril 2.012.

Ricardo Moral Lopes
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.santacruzdooriopardo.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 **“O PERFIL DO ABSENTEÍSMO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: CONSTATAÇÃO DO ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO NA SAÚDE DO SERVIDOR”**, de autoria de Marcos Mauricio Capelari, sob minha orientação, não acarretará ônus financeiro para a Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo-SP.

Bauru, 4 de abril de 2012.

Prof. Dr. Arsenio Sales Peres - Orientador