

**GISELE DOS REIS DELLA TOGNA**

**Aplicabilidade da CID-10, CID-OE e CIF na análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em um serviço público federal**

São Paulo  
2010

**GISELE DOS REIS DELLA TOGNA**

**Aplicabilidade da CID-10, CID-OE e CIF na análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em um serviço público federal**

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

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Edgard Crosato

São Paulo

2010

Togna GRTD. Aplicabilidade da CID-10, CID-OE e CIF na análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em um serviço público federal. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Aprovado em:

### **Banca Examinadora**

Prof (a). Dr (a). \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof (a). Dr (a). \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof (a). Dr (a). \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

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

*Com amor sempre*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Edgard Crosato pela oportunidade e profundos ensinamentos

Ao Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani pelos precisos aconselhamentos

Ao Prof. Dr. Luiz Eugênio Nigro Mazzilli pelos comentários e sugestões

A Profa. Dra. Heloísa Brunow Di Nubila pelo acolhimento e relevantes informações

Ao Prof. Dr. René Mendes pela atenção e comentários

A Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo pelas recomendações

Ao Prof. Dr. Edgard Michel Crosato pela colaboração

Aos Professores do Departamento de Odontologia Social

Aos professores e colegas do curso de pós-graduação

Aos diretores, supervisores e colegas do meu trabalho pelo apoio e incentivo

A Andréia, Laura e Sônia do Departamento de Odontologia Social da FOUSP

Ao Serviço de Documentação Odontológica – SDO da FOUSP

Aos familiares e amigos

*“... que felicidade deve ser alguém nos apresentar  
uma expressão na qual nos reconhecemos.”*

*Robert Musil*

## RESUMO

Togna GRD. Aplicabilidade da CID-10, CID-OE e CIF na análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em um serviço público federal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

A utilização adequada de um sistema de códigos é fundamental para a qualidade das informações de saúde registradas com o propósito de subsidiar o planejamento, a programação e a avaliação das ações de saúde. O objetivo do trabalho foi descrever o padrão de uso da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) em atestados odontológicos apresentados em um serviço público federal com a finalidade de concessão de licença para tratamento de saúde. Analisou-se a concordância entre a codificação apresentada nos atestados e a codificação atribuída por cirurgiões-dentistas peritos oficiais; o grau de especificidade das codificações e a perspectiva de uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Este estudo concluiu que é necessário um aperfeiçoamento na utilização da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10) e que o uso complementar da Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia (CID-OE) e da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pode favorecer o processo de tomada de decisão quanto à necessidade de afastamento do trabalho, fornecendo dados relevantes para o monitoramento do absenteísmo por motivo odontológico.

Palavras-Chave: Odontologia do Trabalho. Classificação Internacional de Doenças. Absenteísmo. Atestado de Saúde.

## ABSTRACT

Togna GRD. Applicability of ICD-10, ICD-DA and ICF in the analysis of absenteeism from work due to dental reasons in a federal public service [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

Appropriate use of a code system is fundamental to the quality of registered health information in order to support the planning, programming and assessment of health measures. The objective of this study was to describe the pattern of use of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) in dental certificates presented in a federal public service for the purpose of granting permission for medical treatment. The degree of agreement between the coding presented in health certificates and the coding given by official dental experts was assessed, as the degree of specificity of coding and the prospect of using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). This study concluded that an improvement is needed in the use of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision (ICD-10) and that complementary use of the International Classification of Diseases in Dentistry and Stomatology (ICD-DA) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) can aid the decision-making process regarding the need to take time off work, providing relevant data for monitoring absenteeism for dental reasons.

Keywords: Occupational Dentistry. International Classification of Diseases. Absenteeism. Health Certificate.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Distribuição dos servidores públicos federais que solicitaram afastamento do trabalho por motivo odontológico segundo o gênero .	44
Tabela 5.2 - Distribuição dos servidores públicos federais que solicitaram afastamento do trabalho por motivo odontológico segundo a média etária.....	45
Tabela 5.3 - Distribuição dos servidores públicos federais que solicitaram afastamento do trabalho por motivo odontológico segundo o grau de instrução.....	45
Tabela 5.4 - Distribuição dos servidores públicos federais que solicitaram afastamento do trabalho por motivo odontológico segundo a lotação..	46
Tabela 5.5 - Distribuição das solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico segundo o tipo de avaliação .....	47
Tabela 5.6 - Diversidade de Servidores .....	48
Tabela 5.7 - Distribuição dos atestados odontológicos segundo a modalidade da assistência .....	49
Tabela 5.8 - Distribuição dos atestados odontológicos segundo o uso da CID.....	49
Tabela 5.9 - Distribuição das codificações segundo a concordância .....	50
Tabela 5.10 -Distribuição das codificações pela CID-9, CID-OE e CID-10 segundo a concordância.....	50
Tabela 5.11 -Distribuição das codificações nos atestados de servidores que se submeteram à perícia odontológica .....	51
Tabela 5.12 -Distribuição das codificações avaliadas em perícias odontológicas segundo a concordância .....	51

Tabela 5.13 -Distribuição das codificações nos atestados odontológicos de servidores que se submeteram à junta odontológica .....	52
Tabela 5.14 -Distribuição das codificações avaliadas em juntas odontológicas segundo a concordância .....	53
Tabela 5.15 -Distribuição das codificações dos atestados odontológicos avaliados em inspeção indireta .....	53
Tabela 5.16 -Distribuição das codificações avaliadas em inspeções indiretas segundo a concordância .....	54
Tabela 5.17 -Distribuição das codificações dos atestados odontológicos segundo a especificidade .....	54
Tabela 5.18 -Distribuição das codificações após avaliação dos peritos segundo a especificidade .....	55
Tabela 5.19 -Relação entre as codificações com menor grau de especificidade e o tipo de avaliação .....	56
Tabela 5.20 -Prevalência no período – principais causas .....	57
Tabela 5.21 -Tempo médio de afastamento segundo grupos nosológicos da CID-10.. .....	58

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão
CID-OE	Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CFO	Conselho Federal de Odontologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIAPE	Sistema Integrado de Administração de Pessoal
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SIPEC	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	14
2.1 HISTÓRICO DAS CLASSIFICAÇÕES .....	14
<b>2.1.1 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde</b> .....	16
<b>2.1.2 Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia</b> .....	18
<b>2.1.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde</b> .....	19
2.2 ESTUDO DAS CLASSIFICAÇÕES .....	20
2.3 ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO .....	25
2.4 PERÍCIA ODONTOLÓGICA .....	27
2.5 ATESTADO ODONTOLÓGICO .....	29
2.6 SIGILO PROFISSIONAL .....	31
2.7 INFORMAÇÃO EM SAÚDE .....	32
2.8 SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA .....	37
<b>3 PROPOSIÇÃO</b> .....	39
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	40
4.1 LOCAL DO ESTUDO .....	40
4.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	41
4.1 FONTE DE DADOS .....	41
4.2 COLETA DE DADOS .....	41
4.2 ANÁLISE DOS DADOS .....	42
4.2 QUESTÕES ÉTICAS .....	43
<b>5 RESULTADOS</b> .....	44
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	59
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	66
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	67
<b>APÊNDICES</b> .....	74

## 1 INTRODUÇÃO

Os programas de atenção à saúde bucal do trabalhador devem ser incentivados e desenvolvidos tendo como base o conhecimento epidemiológico, objetivando promover a redução de doenças e a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

Para a elaboração de um programa de saúde bucal que seja ideal ao trabalhador é imprescindível fornecer dados epidemiológicos que definirão as medidas de controle necessárias (Araújo, Gonini Júnior, 1999).

Portanto, os serviços de saúde do trabalhador devem, regularmente e sistematicamente, coletar, agregar, analisar e tornar disponível a informação sobre a saúde de uma população, incluindo estatísticas das condições e das necessidades de saúde (World Health Organization, 1995; Brasil, 2004; Brasil, 2006a).

A política de atenção à saúde do servidor público federal em desenvolvimento ressalta a importância da gestão com base em informação epidemiológica (Brasil, 2009c; 2009d).

As informações são centrais no processo de cuidados com a saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2008), as informações de morbidade devem ser interpretadas em relação a sua fonte, com o conhecimento da qualidade dos dados e da confiabilidade do diagnóstico.

Os dados de morbidade são utilizados para o planejamento, gerenciamento e avaliação dos programas e políticas de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2008). Logo, um registro completo de saúde é essencial para o acompanhamento adequado do trabalhador, gerando uma valiosa fonte de dados epidemiológicos.

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

A codificação dos dados de morbidade que geram afastamento do trabalho permite a inclusão dessa informação nos sistemas de informação em saúde e a obtenção de estatísticas para o monitoramento do absenteísmo.

O benefício da licença para tratamento de saúde é previsto na Lei nº 8.112 que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais (Brasil, 1990) e é concedido mediante perícia ou junta oficial. A dispensa da perícia oficial é condicionada à apresentação de atestado médico ou odontológico que deverá conter a CID ou o diagnóstico.

A avaliação da licença com base, exclusivamente, no atestado fornecido por médico ou cirurgião-dentista assistente e demais exames complementares é denominada inspeção indireta.

O atestado odontológico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado, salvo se houver divergência de entendimento por cirurgião-dentista perito oficial da instituição (Brasil, 2009f).

É importante frisar que nos casos de comprometimento da saúde bucal de um indivíduo a função pericial deve ser atribuída ao cirurgião-dentista.

As recentes regulamentações que delimitam a área de atuação dos cirurgiões-dentistas na função de perito oficial e a instituição das perícias odontológicas reforçam a importância do profissional de odontologia no processo de avaliação da incapacidade laborativa e no fornecimento de dados de morbidade relevantes e consistentes, contribuindo para a construção de um sistema de informações em saúde capaz de subsidiar as ações e as políticas de saúde bucal do trabalhador (Brasil, 2009b,c,f).

É nesse contexto que se busca ressaltar a importância do conhecimento aprofundado das ferramentas de classificação da OMS para a melhoria das informações periciais geradas na avaliação dos afastamentos do trabalho, influenciando os processos de tomada de decisão.

O objetivo do estudo é descrever o padrão de uso da CID em atestados odontológicos, analisar a concordância entre a codificação apresentada em atestados odontológicos e a codificação atribuída pelos cirurgiões-dentistas peritos oficiais, observar o grau de especificidade das codificações e identificar as perspectivas de utilização da CID-OE e CIF para o aprimoramento das informações necessárias à análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Histórico das classificações

Uma classificação de doenças pode ser definida como um sistema de categorias que agrupam as entidades mórbidas de acordo com determinados critérios (Organização Mundial da Saúde, 2008).

A primeira classificação de uso internacional foi aprovada em 1893 e ficou conhecida como “Classificação de Causas de Morte de Bertillon” ou “Classificação de Bertillon” (Laurenti, 1991).

A Classificação Internacional de Doenças começou como um instrumento estatístico para enumerar e analisar as causas de morte. A Organização Mundial da Saúde assumiu a responsabilidade das revisões a partir da sexta, que foi amplamente expandida e passou a classificar morbidade além de mortalidade (Laurenti, 1991).

A Nona Revisão, CID-9 introduziu o sistema de “dupla classificação” quando se atribuiu um código primário (assinalado com um símbolo cruz) para a doença subjacente ou causa básica e outro código adicional (assinalado por um asterisco) para a manifestação ou manifestações da doença. O código cruz é o código primário e deve ser sempre usado. O código asterisco nunca deve ser usado isoladamente (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Esse sistema duplo de classificação para alguns enunciados diagnósticos (sistema de cruz e asterisco) introduzido pela nona revisão foi mantido e expandido na décima revisão (Organização Mundial da Saúde, 2008).

A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, ou de forma abreviada CID-10, é a mais recente revisão da “Classificação de Bertillon”.

O conteúdo da CID-10 foi aprovado pela Conferência Internacional para a Décima Revisão em 1989 e oficialmente implantado em 1993. Uma das recomendações da conferência foi o estabelecimento de um processo de atualização periódico, inicialmente proposto para ocorrer a cada 10 anos.

A CID nem sempre possibilita a inclusão de detalhes suficientes para algumas

especialidades e, também, não é adequada para descrever a funcionalidade e a incapacidade como aspectos da saúde (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Dentre as adaptações para especialidades está a Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia (CID-OE).

Em 1980 foi publicada a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) ou *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH).

As deficiências referem-se à perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; as incapacidades refletem as consequências da deficiência e relacionam-se a qualquer restrição ou falta de habilidade para se realizar uma atividade dentro de uma amplitude normal para o ser humano; e as desvantagens resultam de uma deficiência ou de uma incapacidade e limitam ou impedem o cumprimento de um papel que é normal para aquele indivíduo (Silva et al., 2004).

As falhas na CIDID em explicar e analisar as consequências de doenças crônicas e a evolução no conceito de funcionalidade, incapacidade e saúde levaram a uma nova estrutura de classificação que inclui múltiplos aspectos da saúde e da doença (MacEntee, 2006).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF é a segunda revisão da CIDID de 1980, sendo aprovada em maio de 2001 para uso internacional. A versão final da CIF foi publicada na língua portuguesa em novembro de 2003.

Para uma análise mais profunda do processo saúde-doença e para inserir outros dados além da “informação diagnóstica” surgiu o conceito de uma família de classificações de saúde que inclui a CID-OE e a CIF.

O conjunto de classificações designado “Família de Classificações da OMS” tem como objetivo prover um modelo conceitual das dimensões das informações relacionadas à saúde e ao controle da saúde, assim como, servir de modelo para a construção dos sistemas de informação de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2008).

A CID e a CIF são as classificações de referência da “Família de Classificações Internacionais da OMS”. As classificações derivadas são baseadas nas classificações de referência e incluem as adaptações para especialidades, como a CID-OE. Juntas, essas classificações formam um instrumento amplo e preciso



suficiente para abarcar os aspectos multidimensionais da saúde (Organização Mundial da Saúde, 2008).

### 2.1.1 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão – CID-10

A CID constitui uma codificação alfanumérica que sistematiza em categorias as entidades mórbidas e os problemas relacionados à saúde com a finalidade de registro, arquivamento, recuperação e análise das informações (Mazzilli, 2007; Organização Mundial da Saúde, 2008).

Na prática, a CID tornou-se a classificação diagnóstica padrão internacional para propósitos epidemiológicos e administrativos da saúde que incluem a análise da situação geral de saúde de grupos populacionais e o monitoramento da incidência e prevalência de doenças e outros problemas de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2008). O objetivo da CID é permitir a análise sistemática, a interpretação e a comparação de dados de mortalidade e morbidade entre diferentes áreas ou países em diferentes épocas (Gersenovic, 1995).

Atualmente, a CID é editada pela Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, em 3 volumes, sendo o volume 1 a classificação principal composta pela lista de categorias de três caracteres, a lista tabular de inclusões e subcategorias de quatro caracteres. O volume 2 contém as orientações aos usuários e o volume 3 é o índice alfabético (Organização Mundial da Saúde, 2008).

O uso adequado da CID depende da utilização correta dos três volumes. Deve-se recorrer primeiramente ao índice para atribuição de um código a um enunciado diagnóstico. O uso apenas do volume 1 demanda muito tempo e pode levar a erros (Organização Mundial da Saúde, 2008).

O conhecimento e a compreensão do propósito e da estrutura da CID são fundamentais para estatísticos e analistas de informação em saúde, bem como, para codificadores (Organização Mundial da Saúde, 2008).

A classificação nuclear da CID-10 é o código de três caracteres, que é o nível exigido de codificação para informes internacionais ou para comparações internacionais gerais. Cada uma das categorias de três caracteres da CID pode ser dividida em até dez subcategorias de quatro caracteres. As subcategorias de quatro

caracteres, embora não exigíveis em nível internacional, são recomendadas para muitos propósitos (Organização Mundial da Saúde, 2008).

O número de dígitos da CID indica o grau de especificidade do diagnóstico. Dessa forma, a utilização de quatro dígitos indica o maior grau de especificidade de classificação (Mendonça et al, 1990).

É importante notar que nem todo problema ou razão para entrar em contato com os serviços de saúde pode ser categorizado com um diagnóstico formal. Por essa razão, a CID abrange uma série de sinais, sintomas, achados anormais, queixas e circunstâncias sociais que podem ocupar o lugar de um diagnóstico nos registros relacionados à saúde (Araújo, 1997; Organização Mundial da Saúde, 2008).

Os diagnósticos devem ser alocados nas categorias e subcategorias da classificação. Cada diagnóstico estabelecido deve ser o mais informativo possível para que possa ser classificado de forma mais específica em uma das categorias da CID. Nesse aspecto é importante sempre utilizar a subcategoria de quatro caracteres (Mazzilli, 2007).

O quarto caractere .8 é geralmente usado para “outras” afecções não descritas nas subcategorias anteriores e que pertençam à categoria de três caracteres. O caractere .9 significa o mesmo que o título da categoria de três caracteres, sem o acréscimo de qualquer outra informação adicional (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Toda doença ou afecção mórbida deve ter um local bem definido na lista de categorias. Todavia, as categorias residuais (.8 e .9) presentes na classificação são utilizadas para outras afecções e para um conjunto de afecções que não puderam ser alocadas em categorias mais específicas. O menor número possível de afecções deve ser classificado em categorias residuais (Organização Mundial da Saúde, 2008).

O Capítulo XI da CID refere-se às doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares, mas algumas condições relacionadas à saúde bucal encontram-se classificadas em outros capítulos, como por exemplo: gengivoestomatite ulcerativa necrotizante aguda – GUNA – A69.1, que está no capítulo I – Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias; ranger de dentes – F45.8, no capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais; e fratura de dentes – S02.4 no capítulo XIX – Lesões, Envenenamentos e algumas outras Consequências de

Causas Externas (Mazzilli, 2007).

Para a atribuição de um código a um enunciado diagnóstico é importante conhecer as regras de seleção da afecção principal (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Para o registro das informações a análise pode ser feita por afecção única ou afecções múltiplas (“afecção principal” e “outras afecções”). Há também regras para resseleção quando a afecção principal estiver incorretamente anotada pelo profissional que prestou a assistência (Organização Mundial da Saúde, 2008).

O registro deve, sempre que possível, relacionar separadamente outras afecções ou problemas que foram tratados durante o atendimento. A OMS recomenda que sejam realizadas codificações e análises de afecções múltiplas para melhorar os dados de rotina (Organização Mundial da Saúde, 2008).

A informação deve ser organizada sistematicamente através de métodos padronizados de registro. Um registro completo é essencial para um monitoramento adequado do paciente, além de ser uma valiosa fonte de dados epidemiológicos e estatísticos sobre morbidade (Organização Mundial da Saúde, 2008).

### 2.1.2 Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia (CID-OE)

A CID-OE deriva diretamente da CID-10 e destina-se a reunir categorias para as doenças ou afecções que ocorram, tenham manifestações ou tenham associações com a cavidade oral e as estruturas adjacentes. Recomenda-se que a CID-OE seja usada com a CID-10, pois as categorias para doenças e condições de interesse para os cirurgiões-dentistas não têm subdivisões suficientes na CID-10. Grande parte da CID-OE é baseada em códigos de cinco caracteres que fornecem maiores detalhes do que a CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1996).

A inclusão do quinto dígito indica o grau máximo possível de especificidade.

O uso da CID-OE amplia as perspectivas de diagnóstico, evitando inadequações devidas a um subdiagnóstico. A CID-OE é muito útil para a análise das manifestações orais de doenças sistêmicas e para evidenciar novas associações de doenças (Bezroukov, 1979).

A CID-OE atual foi criada a partir da 10ª Revisão da CID (Organização Mundial da Saúde, 1996).

### 2.1.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A CIF fornece uma linguagem padronizada e um referencial teórico para descrever todos os aspectos da saúde humana. O modelo conceitual da CIF permite a integração das várias dimensões da saúde: biológica, individual e social (Sampaio, Luz, 2009).

Na classificação, a funcionalidade e a incapacidade são descritas sob a perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em dois componentes: “Funções e Estruturas do Corpo” e “Atividades e Participação”.

A “Funcionalidade” é um termo que abrange todas as funções e estruturas do corpo, as atividades e a participação; a “Incapacidade” é um termo que abrange deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação. Considerando que a funcionalidade individual e a incapacidade ocorrem em um contexto, a CIF inclui uma lista de fatores ambientais (Organização Mundial da Saúde, 2003).

A “atividade” é a execução de uma tarefa por um indivíduo e refere-se à perspectiva individual da funcionalidade. A “participação” é o envolvimento em uma situação da vida e representa a perspectiva social da funcionalidade humana (Organização Mundial da Saúde, 2003; Sampaio; Luz, 2009).

Os fatores contextuais correspondem ao histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo. Abrangem os fatores ambientais e os fatores pessoais que podem ter um impacto sobre o indivíduo com determinada condição de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Os fatores ambientais incluem o ambiente físico, social e de atitudes nos quais as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Esses fatores podem exercer influência positiva ou negativa sobre o indivíduo, ou seja, ter um impacto facilitador ou limitador na vida de um indivíduo (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Os fatores pessoais interferem na maneira como o indivíduo lida com a doença e suas consequências. Incluem idade, gênero, nível educacional, experiências, personalidade, aptidões, estilo de vida, hábitos, estilos de

enfrentamento e profissão. Vale ressaltar que os fatores pessoais não são classificados na CIF (Organização Mundial da Saúde, 2003).

A funcionalidade refere-se aos aspectos positivos da interação entre o indivíduo e seus fatores contextuais e a incapacidade descreve aspectos negativos dessa interação.

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

A qualquer indivíduo podem ser atribuídos vários códigos que podem ser independentes ou inter-relacionados. Os códigos da CIF só estão completos com a inclusão de um qualificador que registra a severidade do problema (leve, moderado, grave ou completo) no nível do corpo, do indivíduo e da sociedade. Sem qualificadores os códigos não têm significado (Organização Mundial da Saúde, 2003).

A presença do qualificador completa a informação, permitindo mensurar tanto uma interferência negativa, que gera uma limitação, quanto uma positiva, que melhora a execução de atividades (Di Nubila; Buchalla, 2008).

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

## **2.2 Estudos das classificações**

Uma classificação é fundamental para o estudo quantitativo de qualquer fenômeno e é essencial para facilitar a comunicação, a colaboração e a troca de informação (Bezroukov, 1979). A uniformidade das definições e dos sistemas de

classificação é imprescindível para a preparação dos dados estatísticos (Daruge; Massini, 1978c).

Portanto, uma classificação de doenças deve ter a capacidade de identificar entidades mórbidas específicas e permitir a apresentação estatística dos dados, possibilitando a obtenção de informações úteis e compreensíveis (Organização Mundial da Saúde, 2008).

A utilização das classificações, além de permitir o estudo estatístico das doenças, fornece um esquema de codificação para a construção dos sistemas de informação de saúde (Gersenovic, 1995; Organização Mundial da Saúde, 2008)

A décima revisão da CID aumentou o número de códigos para uso em morbidade, incorporando mais categorias e especificações na classificação de motivos de consulta que não constituem doenças ou lesões, tais como, achados anormais, queixas e circunstâncias sociais que podem ocupar o lugar de um diagnóstico em registros relativos à saúde (Organização Mundial da Saúde, 2008).

A CID é utilizada para o agrupamento de diagnósticos e outros problemas relacionados à saúde, permitindo não somente o fácil armazenamento dos dados, mas, especialmente, a apresentação estatística, a recuperação e a análise desses dados de forma sistemática (Gersenovic, 1995).

As condições de saúde são classificadas utilizando-se a CID-10. Condição de saúde é o termo genérico para doenças, distúrbios, lesões ou traumatismo, incluindo outras circunstâncias, tais como, gravidez, estresse ou envelhecimento (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Vale ressaltar que toda afecção mórbida deve ter um lugar bem definido e apropriado em uma das categorias das classificações (Daruge; Massini, 1978c; Gersenovic, 1995; Cesar et al., 2001).

Ao longo da CID-10 há categorias residuais (códigos .8 e .9) para condições que não podem ser distribuídas em categorias mais específicas. O ideal é que um menor número de diagnósticos seja classificado em categorias residuais (Daruge e Massini, 1978c; Gersenovic, 1995; Araújo, 1997).

É importante considerar que algumas dessas condições residuais da CID-10 representam ganho de especificidade se comparadas a CID-9, pois pertencem a novas categorias instituídas na décima revisão, aumentando a possibilidade de detalhamento das condições de saúde. Da mesma forma, algumas categorias gerais da CID-9 receberam categorias próprias na CID-10 propiciando um maior

detalhamento (Cesar et al., 2001).

Em inquéritos de saúde de base populacional o uso da CID para a classificação das morbidades referidas pelos entrevistados é bastante satisfatório. Além disso, a CID-10 apresenta vantagens em relação a CID-9, devido a maior especificidade do Capítulo XVIII (Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratórios não Classificados em Outra Parte) com definições mais precisas das categorias e subcategorias (Cesar et al., 2001).

Em determinadas condições de saúde, para que a informação seja adequada utilizando-se apenas a CID-10, combinam-se codificações. Por exemplo, no caso de uma exodontia de elemento dentário incluso, informa-se que, em razão da condição de origem K01.0 (dentes inclusos), o paciente encontra-se na condição Z54.0 (convalescença de cirurgia). É importante salientar que o uso isolado da codificação Z54.0 não fornece informação sobre a condição de saúde que originou a necessidade cirúrgica (Mazzilli, 2007).

A utilização mais frequente da CID é quando se redige um atestado para justificar uma falta ao trabalho (Daruge; Massini, 1978c; Araújo, 1997; Mazzilli, 2007). Nesses casos as codificações da CID-10 devem corresponder ao fator determinante do afastamento e os resultados obtidos devem permitir a análise estatística da prevalência e do perfil de morbidade que gera afastamento laboral.

O uso inadequado da CID compromete de forma definitiva a qualidade dos registros e a informação de saúde gerada (Mazzilli, 2007).

A CID-OE estabelece uma abordagem sistemática para coletar e informar dados para o planejamento, avaliação dos programas de saúde bucal e para comparações da prevalência de doenças bucais em níveis nacionais e internacionais (Bezroukov, 1979).

Com o objetivo de comparar a CID-10 com a CID-OE na identificação e classificação dos diagnósticos, realizou-se um estudo do atendimento odontológico hospitalar em unidades de emergência e internações. Esse estudo demonstrou que o sistema da CID-OE não é totalmente satisfatório e só deve ser utilizado isoladamente quando forem classificados os diagnósticos referentes a “Doenças do Aparelho Digestivo”, mais especificamente “Doenças da Cavidade Oral, das Glândulas Salivares e dos Maxilares”. Nos outros grupos recomenda-se a utilização de ambas as classificações, evitando-se a perda de informações (Silva; Lebrão, 2001).

O uso de uma classificação de doenças possibilitou a realização de muitos estudos epidemiológicos que ampliaram o conhecimento sobre saúde. A interpretação dos dados de morbidade coletados tem papel fundamental na prática de saúde e serve como referência para a adoção e a avaliação das medidas de prevenção. A CID permite a caracterização da demanda dos serviços de saúde (Laurenti; Buchalla, 1999).

Uma crítica a CID refere-se a sua limitação a uma lógica exclusivamente clínica e biológica. Ao agrupar as doenças, a CID exclui a possibilidade de classificar a doença como um processo determinado social e historicamente (Mendonça et al, 1990).

Frequentemente utilizam-se os códigos da CID-10 para cumprir exigências legais baseadas em diagnósticos das condições de saúde, com pouca orientação quanto aos aspectos funcionais (Di Nubila; Buchalla, 2008).

A CID-10 e a CIF são consideradas classificações complementares e os usuários devem utilizá-las em conjunto, pois, enquanto a CID-10 fornece códigos para mortalidade e morbidade, a CIF fornece informações adicionais sobre funcionalidade. Essas informações sobre o diagnóstico e sobre a funcionalidade, em conjunto, fornecem uma imagem mais ampla e significativa para descrever a saúde das pessoas ou de populações (Organização Mundial da Saúde, 2003).

A CIF permite a observação e a mensuração das habilidades funcionais, bem como, entender a condição ou estado de saúde em relação a contextos específicos. Esse novo modo de compreender uma situação de saúde, mais dinâmico e mais complexo, incluindo a informação sobre a condição funcional, é compatível com as múltiplas dimensões envolvidas na descrição completa da experiência de saúde de um indivíduo ou de uma população (Üstün et al., 2003; Di Nubila; Buchalla, 2008).

Vale ressaltar que a CIF não classifica pessoas, ela descreve a experiência do indivíduo (Cieza et al., 2008).

A utilização da CIF em conjunto com a CID-10 permite uma maior compreensão da etiologia e da funcionalidade, dados fundamentais para a implantação de um programa de saúde mais eficaz (Almeida, 2002).

Logo, a aplicabilidade das estatísticas formuladas a partir da “família de classificações” da OMS é múltipla e engloba desde estudos epidemiológicos até a utilização no gerenciamento, planejamento e avaliação de programas de serviços de saúde (Laurenti; Buchalla, 1999).



A inclusão dos fatores ambientais que descrevem o contexto em que o indivíduo vive, facilita o estudo dos determinantes e fatores de risco (Organização Mundial da Saúde, 2003).

É importante observar que a CIF é uma ferramenta que permite a padronização dos processos de obtenção de informação e o aporte de dados para propósitos de tomada de decisão em saúde. A CIF estabelece um paradigma que enfoca a funcionalidade do ser humano e privilegia uma orientação em direção às capacidades do indivíduo mais do que às dificuldades (Chaná; Albuquerque, 2006).

A CIF permite acompanhar a evolução do paciente, avaliar as terapias aplicadas e mensurar a incapacidade. Portanto, a utilização da CIF favorece o acompanhamento e a avaliação contínua da saúde do trabalhador, favorecendo os estudos sobre a incapacidade laborativa (Buchalla, 2003).

A proposta de um novo modelo de saúde bucal baseado nos conceitos e na linguagem da CIF considera a influência dos valores pessoais e sociais na saúde e nos cuidados de saúde. Por exemplo, os interesses em higiene oral ou na aparência dos dentes podem ser mais significativos em pessoas saudáveis que procuram um emprego e podem diminuir consideravelmente na presença de outras doenças que ameaçam a vida (MacEntee, 2006).

A avaliação da funcionalidade social concederia informações complementares sobre como os indivíduos percebem e agem na presença de doenças bucais (Reisine, 1984).

A CIF permite mensurar a incapacidade e relacionar a doença à qualidade de vida do paciente (Buchalla, 2003). Para descrever a extensão do bem-estar de um indivíduo ou população é essencial avaliar e descrever a funcionalidade (Cieza et al., 2008).

A saúde de um indivíduo inclui fundamentalmente sua capacidade de efetuar um amplo alcance de ações, atividades e tarefas requeridas para um completo envolvimento em todas as áreas da vida humana. É importante ressaltar que dois indivíduos com um diagnóstico idêntico podem ter diferentes níveis de funcionalidade (Üstün et al., 2003).

A informação é importante no campo da incapacidade. Uma estrutura conceitual comum e significativa, com elementos bem definidos, garante a qualidade dos dados necessários para uma série de propósitos relacionados à incapacidade. A utilização da estrutura da CIF fornece dados relevantes e consistentes, melhorando

tanto o desenvolvimento de estatísticas quanto a capacidade analítica para quantificar a necessidade e o suprimento de serviços (Madden et al., 2003).

A informação sobre a funcionalidade é essencial para o gerenciamento das necessidades, assim como, para o desenvolvimento e monitoramento das intervenções de reabilitação, pois ao se restabelecer ou manter funções, recupera-se a saúde. É importante obter informação sobre a redução da capacidade de efetuar tarefas e ações em determinadas áreas da vida que são significativas para a pessoa (Üstün et al., 2003).

Para a disponibilidade da informação sobre a condição funcional, os dados devem ser rotineiramente coletados através de um sistema de códigos abrangente que forneça dados consistentes e comparáveis (Üstün et al., 2003).

A abordagem biopsicossocial da CIF permite integrar as várias perspectivas da funcionalidade humana e descrever uma experiência de saúde na sua totalidade, incorporando a noção de sistema dinâmico em constante troca com o meio ambiente. É importante a coleta de dados relacionados a cada uma das três dimensões do modelo (biológica, individual e social) de forma independente para, em seguida, explorar associações entre elas (Sampaio; Luz, 2009).

A adesão a protocolos que correspondam aos conceitos e à abordagem biopsicossocial da CIF na avaliação da incapacidade para o trabalho de longo prazo por peritos da seguridade social melhora a qualidade das avaliações em termos de transparência e reprodutibilidade (De Boer et al., 2009).

### **2.3 Absenteísmo Odontológico**

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

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

Estudos demonstram que a incapacidade temporária odontológica é de curta duração (Reisine, 1984; Mazzilli; Crosato, 2005; Nardi et al., 2009).

Há diversos fatores de natureza social, econômica e cultural que podem interferir no absenteísmo. Dentre eles destacam-se: a dificuldade de acesso a serviços assistenciais públicos ou privados; a disponibilidade e a localização do serviço assistencial; a disponibilidade de tempo e de recursos econômicos; a educação em saúde; a ocupação; os valores e o estilo de vida (Mazzilli, 2003).

O afastamento do trabalho deve ser analisado de forma adequada para não comprometer a saúde e o bem-estar do trabalhador, assim como, não gerar o absenteísmo de corpo presente que é uma das principais causas de redução da produtividade no trabalho (Reisine, 1984; Mazzilli, 2007).

Diversas condições ou estados de saúde bucal provocam uma incapacidade parcial temporária, como a incapacidade decorrente de procedimentos cirúrgicos e os respectivos cuidados pós-operatórios ou os efeitos dos medicamentos (Mazzilli, 2003). Observou-se que, nas exodontias do terceiro molar, a duração da incapacidade para o trabalho está relacionada ao consumo de analgésicos no pós-operatório, dor, inchaço e trismo (Berge, 1997).

A dor orofacial tem a característica de casos agudos, com uma duração relativamente curta que pode ser tratada rapidamente, restabelecendo-se a capacidade dos trabalhadores para exercer as suas funções e permitindo o retorno imediato aos seus postos de trabalho (Nardi et al., 2009).

Em pesquisa que analisou os efeitos das condições bucais na funcionalidade social, medindo a incidência de perda de dias de trabalho associados com problemas dentários e tratamentos, verificou-se que o número alto de visitas ao dentista e o fato de ter um episódio de perda de trabalho anterior são os preditores mais importantes para a perda da capacidade para o trabalho (Reisine; Miller, 1985).

Na análise de afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia no período de 1996 a 2000, verificou-se que as condições agudas ou de pós-operatório foram as causas mais frequentes de absenteísmo (Mazzilli; Crosato, 2005).

A capacidade para o trabalho pode ser afetada pelo uso de medicamentos sem orientação profissional. A automedicação pode gerar mal-estar, provocando uma redução na concentração e uma queda da produtividade no trabalho (Mazzilli, 2007; Mazzilli, 2008).

Em revisão da literatura realizada, constatou-se que o número de horas de trabalho perdidas devido aos afastamentos por motivo odontológico representa um prejuízo econômico para empresas públicas e privadas (Peres et al., 2006).

O processo de incapacidade é representado por dimensões relacionadas, principalmente, com a execução das atividades básicas da vida diária e com o desempenho de papéis socialmente esperados (Sampaio; Luz, 2009).

Para se compreender a exata dimensão do absenteísmo odontológico é importante considerar os impactos sociais e laborais decorrentes das condições de saúde bucal (Reisine, 1984; Reisine; Miller, 1985; Mazzilli, 2007).

É importante observar que a incapacidade não é somente o resultado de determinada condição de saúde, mas se relaciona à influência dos fatores sociais, psicológicos e ambientais (Sampaio; Luz, 2009).

## **2.4 Perícia Odontológica**

O perito é a pessoa que realiza exames técnicos na sua área de competência, elabora relatório, laudo ou parecer após criterioso exame e fiel transcrição técnica (Mazzilli, 2007).

O perito deve ter um elevado senso ético e possuir conhecimentos específicos para o esclarecimento de um caso e para auxiliar na comprovação da veracidade de um fato alegado (Salgado et al., 2006)

Conforme o Código de Ética Odontológica constitui infração ética, quando o cirurgião-dentista for designado para servir como perito, deixar de atuar com absoluta isenção, bem como, intervir nos atos de outro profissional e fazer qualquer apreciação na presença do examinado, reservando suas observações, sempre fundamentadas, para o relatório sigiloso e lacrado (Brasil, 2003).

A Resolução CFO-20/2001 estabelece que é primordial à função de perito conhecimento técnico e humanístico, formação moral, discrição, idoneidade, imparcialidade, moderação e dignidade profissional em todas as circunstâncias, evitando fazer qualquer comentário perante colegas e terceiros a respeito do trabalho periciado, ficando o infrator sujeito às penas do Código de Ética Odontológica (Brasil, 2001).

De modo geral, as perícias são operações destinadas a ministrar esclarecimentos à justiça (Silva, 1997). A perícia é uma investigação da verdade e o perito deve realizar exame minucioso e agir com imparcialidade para firmar o fato, negar o fato ou declarar a insuficiência ou incapacidade da perícia para qualquer conclusão (Daruge e Massini, 1978b).

Vale observar que para a conclusão pericial sobre a incapacidade laborativa é importante considerar: o diagnóstico da doença; a natureza e o grau da deficiência ou disfunção; as atividades laborais exercidas; e a suscetibilidade do trabalhador (Mazzilli, 2003).

É necessário ressaltar que a relação perito-periciado deve ser orientada por uma abordagem humanística e ser baseada no respeito ao paciente. O perito deve fazer uma anamnese e um exame clínico criterioso, solicitar exames e relatórios quando achar necessário, bem como, solicitar pareceres de outros profissionais de saúde, principalmente quando seu diagnóstico divergir do indicado pelo profissional que prestou a assistência ao paciente (Brasil, 2006d).

Os peritos podem usar várias fontes para adquirir informações para as suas avaliações. A primeira fonte é o periciado, que tem conhecimento de sua situação e de suas necessidades e tem a oportunidade de explicar o seu pedido e os seus argumentos. O profissional também pode solicitar informações ao profissional de saúde que prestou a assistência, ao empregador e a peritos externos (De Boer et al., 2009).

Conforme Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009, que regulamenta a concessão de licença para tratamento de saúde de servidores públicos federais, considera-se perícia oficial a avaliação técnica presencial realizada por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado destinada a fundamentar as decisões da administração no tocante ao disposto no referido decreto (Brasil, 2009b). A concessão da licença é atribuição de autoridade administrativa e a conclusão pericial auxilia a decisão.

Assim, a perícia oficial é a designação genérica para o ato técnico da inspeção, seja odontológica ou médica, em procedimentos e processos administrativos, com vistas a referenciar a incapacidade para o exercício das atividades laborais do servidor público civil da União, das autarquias e das fundações públicas federais (Brasil 2009f).

Peritos oficiais são aqueles que exercem essa função por atribuição de cargo público. O perito oficial é o profissional incumbido, por lei, de realizar a perícia oficial e avaliar a incapacidade para o trabalho do servidor, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais frequente é a habilitação a benefício (Brasil 2009f).

É importante frisar que nos casos de comprometimento da saúde bucal de um indivíduo a função pericial deve ser atribuída ao cirurgião-dentista (Daruge; Massini, 1978b; Silva, 1997).

Em 2 de fevereiro de 2009, a Lei nº 11.907 inclui no artigo 203 da Lei nº 8.112, o parágrafo 5º que determina que a perícia oficial para concessão da licença será efetuada pelos cirurgiões-dentistas, nas hipóteses em que abranger o campo de atuação da odontologia. A instituição da perícia odontológica também está prevista no Decreto nº 7.003 de 9 de novembro de 2009 (Brasil, 2009d; Brasil 2009c).

Do mesmo modo, o Conselho Federal de Odontologia na Resolução CFO-87 de 26 de maio de 2009 (Brasil, 2009f) normatiza a perícia e a junta odontológica, delimitando o campo de atuação do cirurgião-dentista.

O cirurgião-dentista, na função de perito oficial por designação de dirigentes dos órgãos da administração direta, deve agir de acordo com a lei e com as normas da instituição a que pertença. Deve atuar com absoluta isenção, imparcialidade, autonomia e para subsidiar sua decisão pericial pode solicitar ao cirurgião-dentista que prestou a assistência exames complementares e relatórios (Brasil 2009f).

## **2.5 Atestado Odontológico**

O atestado é um documento legal e deve ser elaborado com rigor e de acordo com as normas éticas que norteiam a atividade laborativa do cirurgião-dentista (Silva, 1999).

Somente aos cirurgiões-dentistas e aos médicos, no estrito âmbito de suas competências técnicas, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho (Brasil 2009f).

Os cirurgiões-dentistas são solicitados pelos seus pacientes para firmarem atestados odontológicos. O uso dos atestados para justificar a falta ao trabalho é uma de suas finalidades mais comuns (Daruge; Massini, 1978a; Araújo, 1997; Mazzilli, 2007).

Para a elaboração de um atestado odontológico, o profissional que o subscreve deve estar legalmente habilitado e seu conteúdo deve exprimir a veracidade do fato (Mazzilli, 2007).

O atestado odontológico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por cirurgião-dentista perito oficial da instituição (Brasil 2009f).

Para os servidores públicos federais, o Decreto Nº 7003 de 9 de novembro de 2009 determina que a perícia oficial para a concessão de licença para tratamento poderá ser dispensada, sendo que a dispensa fica condicionada à apresentação de atestado médico ou odontológico. No atestado deverá constar o código da Classificação Internacional de Doenças - CID ou o diagnóstico e o tempo provável de afastamento (Brasil, 2009b).

Conforme dispõe o artigo 14, parágrafo único da Resolução CFO – 87/2009, quando o atestado ou relatório odontológico for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de licença ou de perícia/junta odontológica oficial, no âmbito da administração pública deverá ser observado: a identificação do paciente; o diagnóstico codificado de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID; os resultados dos exames complementares; a conduta terapêutica; o prognóstico; as consequências à saúde do paciente; o provável tempo de repouso necessário para a recuperação, que será objeto de avaliação pelo cirurgião-dentista perito oficial; a identificação do emissor, mediante assinatura e número de registro no Conselho Regional de Odontologia; e o registro dos dados de maneira legível (Brasil, 2009f).

Na mesma Resolução CFO 87/2009, o artigo 16, parágrafo único preceitua que os cirurgiões-dentistas só podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal. No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, essa concordância deverá estar expressa no atestado (Brasil, 2009b).

É da competência e responsabilidade do cirurgião-dentista que prestou a

assistência, avaliar o grau de compatibilidade existente entre a condição clínica e a atividade ocupacional que o paciente exerce. Logo, o profissional de odontologia deve lidar adequadamente com as questões relativas à emissão de atestados, especialmente em relação aos compromissos laborais e à exigência de comprovação da impossibilidade de comparecimento ao trabalho (Mazzilli, 2008).

## **2.6 Sigilo Profissional**

É dever fundamental do cirurgião-dentista guardar o segredo profissional e constitui infração ética revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício da profissão. Compreende-se como justa causa, principalmente: notificação compulsória de doença; colaboração com a justiça nos casos previstos em lei; perícia odontológica nos seus exatos limites; estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos e revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz (Brasil, 2003).

Ao servidor público federal é assegurado o direito de não autorizar a especificação do diagnóstico em seu atestado, hipótese em que deverá submeter-se à perícia oficial. O Decreto Nº 7003 de 9 de novembro de 2009 também determina que a unidade de recursos humanos do órgão ou entidade do servidor deverá encaminhar o atestado à unidade de atenção à saúde do servidor para registro dos dados, observando as normas vigentes de preservação do sigilo e da segurança das informações (Brasil, 2009b).

O laudo pericial deverá conter a conclusão, o nome do perito oficial e o respectivo registro no conselho de classe, mas não se referirá ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, § 1º, da Lei nº 8.112, de 1990 (Brasil, 2009b).

De acordo com a Resolução CFO 20/2001 e a Resolução CFO 87/2009 é vedado ao cirurgião-dentista na função de perito oficial, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, fora do procedimento ou processo administrativo e judicial, devendo manter sigilo pericial, restringindo as suas observações e conclusões ao laudo pericial (Brasil, 2001; Brasil, 2009f).



As informações oriundas da relação entre o cirurgião-dentista e o paciente pertencem ao paciente, sendo o cirurgião-dentista apenas o seu fiel depositário (Brasil, 2009f).

Vale ressaltar que os procedimentos administrativos devem assegurar a confidencialidade dos dados dos atestados ou de outros registros de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2008).

## **2.7 Informação em Saúde**

A Constituição Federal de 1988 no Art. 200, Inciso II determina que compete ao Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as ações de saúde do trabalhador (Brasil, 2006a).

As ações de saúde do trabalhador compreendem a assistência aos agravos, a vigilância dos ambientes e condições de trabalho (Vigilância Sanitária), da situação de saúde dos trabalhadores (Vigilância Epidemiológica) e da situação ambiental (Vigilância Ambiental). Estão incluídas, ainda, a produção, coleta, sistematização, análise e divulgação das informações de saúde, a produção de conhecimento e as atividades educativas (Dias; Hoefel, 2005).

No documento “Estratégia Global em Saúde Ocupacional para todos” a OMS destaca a necessidade de desenvolvimento e fortalecimento de sistemas de informação para a definição de políticas de saúde do trabalhador. A prática, o treinamento, a pesquisa e a comunicação em saúde ocupacional dependem do fornecimento de informações científicas e da disponibilidade de um banco de dados relevante (World Health Organization, 1995).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador destaca que a escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam tanto a definição de prioridades para as políticas públicas, quanto o planejamento e a implementação das ações de saúde do trabalhador. Além disso, podem privar a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho. Esse mesmo documento estabelece, como uma de

suas diretrizes, a necessidade da estruturação de uma rede integrada de informações em saúde do trabalhador (Brasil, 2004).

As Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador destacam a necessidade de: implementar a vigilância epidemiológica de saúde do trabalhador para a construção de indicadores de saúde; buscar a integração entre as diversas áreas do conhecimento sobre a saúde do trabalhador, para que sejam feitos o diagnóstico e onexo das doenças relacionadas ao trabalho; implementar um sistema de informação e comunicação integrado e articulado nas três esferas do governo (municipal, estadual e federal); fomentar pesquisas e estudos sobre a saúde do trabalhador em relação ao meio ambiente; e intensificar as ações de saúde, identificando os fatores de risco ambiental e intervindo tanto no ambiente de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida da população trabalhadora (Brasil, 2006c).

Para a construção de um sistema de informação em saúde é importante o fornecimento de um esquema de codificação (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Os serviços de saúde do trabalhador devem assegurar a saúde, a segurança, a capacidade para o trabalho e o bem-estar do trabalhador.

A Portaria Nº 3.214, de 8 de junho de 1978 aprovou as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho (Brasil, 2006d).

A Norma Regulamentadora nº 7 (NR-7) estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores. O PCMSO deverá considerar as questões incidentes sobre o indivíduo e a coletividade de trabalhadores, privilegiando o instrumento clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre saúde e trabalho e inclui a realização obrigatória dos exames médicos: admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional. Os dados obtidos nesses exames, incluindo a avaliação clínica, os exames complementares, as conclusões e as medidas aplicadas deverão ser registrados em prontuário clínico individual (Brasil, 2006d).

A inclusão da odontologia no PCMSO, com a realização de exames odontológicos admissionais e periódicos, além de atestar a saúde bucal dentro do sistema de saúde ocupacional, permitiria a criação de um banco de dados para a área odontológica. Vale ressaltar a possibilidade de utilização da CID nas fichas clínicas (Araújo, Gonini Júnior, 1999).

É importante frisar que a Portaria Nº 3.214, de 8 de junho de 1978 que aprovou as normas regulamentadoras é legislação ocupacional específica dos trabalhadores celetistas, existindo uma lacuna em relação aos trabalhadores estatutários.

A Lei nº 8.112 de 1990, que instituiu o Regime Jurídico Único para os Servidores Públicos Federais normatiza as relações trabalhistas dos servidores públicos da União (Brasil, 1990).

A partir de um processo de construção coletiva de uma política de saúde para o servidor público federal foi criado no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC. O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal estabelecida pelo governo. O Ministério do Planejamento assume o papel estratégico na articulação das unidades de saúde do servidor (Brasil, 2009a).

A organização do SIASS contempla uma política fundamentada em gestão com base em informação epidemiológica (Brasil, 2009d).

O Sistema Integrado de Administração de Pessoal – Saúde (SIAPE-SAÚDE) é o sistema informatizado da administração pública federal, gerido pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que consolida as informações sobre a saúde dos servidores da administração pública de forma descentralizada e estruturada por meio dos seguintes módulos: Perícia Oficial, Exames Periódicos de Saúde, Promoção e Vigilância, Investidura em Cargo Público e Informações Gerenciais (Brasil, 2009e).

Esse sistema integrado de informações está em fase de homologação e possibilitará a consolidação de informações periciais, de licenças para tratamento de

saúde, de acidentes de trabalho, de doenças profissionais, de aposentadorias por invalidez e de readaptações funcionais. O sistema consolidará ainda dados dos exames médicos periódicos, avaliações de outros profissionais técnicos da área de saúde, dados dos ambientes de trabalho, informações assistenciais e gerenciais (Brasil, 2009d).

A coleta, a sistematização e a análise de informações do sistema constituem a base para a formação do perfil epidemiológico dos servidores públicos federais e para a gestão qualificada das questões relativas à saúde do servidor (Brasil, 2009d).

O módulo de perícia do SIAPE-SAÚDE está concluído e disponibiliza campos específicos para a utilização da CID-10, com a possibilidade de inclusão de uma codificação principal e de várias codificações secundárias em cada avaliação pericial (Brasil, 2009e).

A construção de protocolos técnicos com parâmetros para a concessão de licenças, de aposentadorias por invalidez, de readaptação funcional e dos exames admissionais possibilitarão transparência e uniformização das periciais oficiais (Brasil, 2009d).

O prontuário eletrônico, o manual de perícia, a capacitação da equipe técnica e a edição do decreto que normatiza as licenças de saúde possibilitam a construção de um novo padrão da avaliação da capacidade laborativa dos servidores públicos federais (Brasil, 2009d).

Para a área pericial, a política de atenção à saúde do servidor em desenvolvimento visa à uniformização de procedimentos, à transparência de critérios técnicos, à humanização no atendimento, à eficiência administrativa, à racionalidade de recursos, ao apoio multidisciplinar e à integração com as áreas da assistência e promoção da saúde. A perícia deve estar compromissada com o retorno ao trabalho e orientada por preceitos éticos da relação entre o perito e o periciado (Brasil, 2009d).

É da competência do cirurgião-dentista na função de perito oficial disseminar informações epidemiológicas sobre o perfil de morbidade, estimulando programas, ações de promoção e prevenção na área da saúde bucal (Brasil, 2009f).

A valorização do papel da informação epidemiológica na definição das políticas públicas da saúde reflete-se na qualidade dos sistemas de informação, tornando-os instrumentos importantes nos processos de planejamento e tomada de decisões (Laguardia et al., 2004). Uma orientação epidemiológica apresenta uma

importância crescente para a gestão dos serviços de saúde (Cesar et al., 2001).

Pode-se dizer, portanto, que os dados epidemiológicos são de importância fundamental para o planejamento de programas de saúde bucal do trabalhador. A implantação de um sistema eficaz de informação permite estabelecer mecanismos de avaliação contínua dos programas de saúde bucal ancorados nos princípios da promoção da saúde e na redução da incidência das doenças bucais, bem como, da necessidade de tratamento (Almeida; Vianna, 2005).

Os dados de morbidade representam as informações básicas para os estudos epidemiológicos e para o gerenciamento, planejamento, organização e avaliação dos serviços de saúde (Mendonça et al., 1990; Organização Mundial da Saúde, 2008).

Em estudo de 1999, verificou-se que não se fazia, à época, uma odontologia do trabalho voltada para a identificação epidemiológica, catalogação ou prevenção das doenças e sim de maneira curativa. Uma abordagem epidemiológica em saúde bucal do trabalhador permite uma análise mais profunda da causalidade das doenças, além de estudar o impacto que podem causar à qualidade de vida dos trabalhadores (Araújo; Gonini Júnior, 1999).

Os códigos da CID atribuídos em exames periciais para descrever as principais causas e os grupos de causas subjacentes à incapacidade demonstram a viabilidade e a relevância dessa base de dados para a construção do perfil epidemiológico do trabalhador (Boff et al., 2002).

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

É importante o registro sistemático dos códigos da CID em prontuários de saúde dos trabalhadores para facilitar a recuperação e viabilizar a utilização dessa informação (Araújo; Gonini Júnior, 1999; Reis; Ribeiro, 2003).

A forma da coleta, processamento, avaliação e utilização das informações devem seguir critérios técnicos eficazes através de métodos que observem a integralidade do trabalhador e sua relação com o ambiente (Reis; Ribeiro, 2003).

Um conhecimento aprofundado das informações geradas pelas atividades realizadas nos serviços de saúde ocupacional é fundamental para estabelecer ações de controle para a redução das doenças e dos custos (Reis; Ribeiro, 2003).

É importante salientar que uma abordagem epidemiológica deve ser capaz de abarcar a riqueza e a complexidade dos fenômenos da saúde (Almeida Filho, 2000).

## **2.8 Saúde Bucal e Qualidade de Vida**

O conceito de qualidade de vida refere-se a uma abordagem que valoriza aspectos mais amplos relacionados à saúde. Alguns conceitos centrados na avaliação subjetiva do indivíduo, tais como, qualidade de vida relacionada com a saúde e o estado subjetivo de saúde, estão estreitamente ligados ao impacto dos estados de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Já o termo qualidade de vida envolve uma maior variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com a sua funcionalidade diária (Reis; Ribeiro, 2003).

O estado de saúde integral é constituído pelo equilíbrio dinâmico de quatro fatores determinantes: biologia, ambiente (físico, biológico e sócioeconômico), serviços de saúde e estilo de vida. A mensuração desses fatores permite obter dados consistentes para o planejamento das estratégias e programação de ações direcionadas a uma melhor qualidade de saúde (Reis; Ribeiro, 2003).

Conceitualmente, um indivíduo doente é aquele que vivencia uma condição de incapacidade, parcial ou total, de realizar o que se esperaria de uma pessoa dentro dos parâmetros de normalidade. Uma vez que a normalidade implica elementos variados, é importante considerar a individualidade do indivíduo em questão (Gallian; Reginato, 2009).

A necessidade de compreender a doença considerando-se a totalidade do ser humano permite uma tomada de decisão que colabore com a qualidade de vida. Assim, para uma abordagem integrada e humanizada do paciente é importante considerar os parâmetros biológicos, psicológicos, sociais e espirituais (Gallian; Reginato, 2009).

Uma medida para a avaliação do grau de impacto social e psicológico das doenças bucais foi desenvolvida e destaca cinco categorias de impacto: restrições alimentares, restrições de comunicação, a dor, o desconforto e a insatisfação com a estética (Sheiham et al., 1997).

Portanto, em relação à saúde bucal, é essencial verificar como as doenças bucais ameaçam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos (Locker, 1997).

### 3 PROPOSIÇÃO

Considerando a necessidade da adoção de uma codificação e a importância da utilização adequada das classificações internacionais da OMS para o aprimoramento da informação em saúde disponibilizada com o propósito de subsidiar o planejamento, programação e avaliação das ações de saúde bucal do trabalhador, o presente estudo tem como objetivos:

- Descrever o padrão de uso da CID em atestados odontológicos.
- Analisar a concordância entre a codificação apresentada em atestados odontológicos e a codificação atribuída em avaliação pericial.
- Avaliar o grau de especificidade da codificação apresentada em atestados odontológicos e da codificação atribuída em avaliação pericial.
- Identificar as perspectivas de uso da CID-OE e CIF na análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um serviço público federal do Estado de São Paulo. No mês de dezembro de 2009 existiam 3518 servidores ativos: 1753 servidores lotados na capital e 1765 em outros 37 municípios.

A instituição possui um Programa de Benefícios que inclui a assistência odontológica, prestada nas modalidades dirigida e de livre escolha:

- a) Assistência Dirigida: serviço prestado por profissionais e instituições credenciadas, conveniadas ou contratadas, com participação do servidor no custo dos serviços mediante desconto em folha de pagamento;
- b) Assistência de Livre Escolha: serviço prestado por profissionais e instituições não pertencentes à rede credenciada, sendo reembolsada ao servidor parcela das despesas.

A assistência odontológica na modalidade dirigida abrange os seguintes benefícios: consultas eletivas e de urgência; meios complementares de diagnóstico, incluindo radiografias, tomografias, inclusive para investigações voltadas à realização de implante dentário; tratamentos em clínica geral e nas especialidades de odontopediatria, endodontia, periodontia, cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais, estomatologia e especialista em pacientes com necessidades especiais.

O serviço de saúde da instituição, sediado na cidade de São Paulo, é composto por equipe multidisciplinar que participa da gestão do programa de benefícios. A equipe odontológica era formada por dois cirurgiões-dentistas de 01 de janeiro de 2008 a 16 de março de 2008 e a partir de 17 de março de 2008 por três cirurgiões-dentistas.

As avaliações clínicas em perícias e juntas odontológicas foram realizadas pelos cirurgiões-dentistas do quadro de servidores, designados peritos oficiais em ato normativo da instituição.

## 4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram analisadas 240 solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico de servidores públicos federais durante o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009.

## 4.3 FONTE DE DADOS

- Base de dados do Setor Odontológico que registra os dados advindos dos formulários de solicitação de licença para tratamento de saúde (identificação do servidor, período da licença) e insere dados relativos à data da avaliação, à identificação do perito, à assistência prestada (dirigida ou de livre escolha), ao tipo de avaliação (inspeções indiretas, perícias ou juntas odontológicas), às codificações provenientes dos atestados odontológicos e às codificações geradas pelos cirurgiões-dentistas peritos oficiais do serviço de saúde da instituição.

- Base geral de dados do serviço público federal: registros referentes ao gênero, idade, lotação e grau de instrução.

## 4.4 COLETA DE DADOS

Depois de definida a estrutura da planilha de trabalho, a organização e a inserção dos registros ocorreram de acordo com os campos pré-estabelecidos. Cada registro continha dois campos para a CID, o primeiro para inclusão da codificação advinda dos atestados odontológicos e o segundo para a codificação ou combinação de codificações atribuídas pelos cirurgiões-dentistas peritos oficiais que foram consideradas para a tabulação final dos dados de morbidade. Quando não ocorreu atribuição de outras codificações pelos peritos, as codificações apresentadas nos atestados foram consideradas para a tabulação final.

## 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

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

Os atestados odontológicos foram classificados em quatro grupos:

- atestados sem CID
- atestados com a CID-9
- atestados com a CID-OE
- atestados com a CID-10

Para análise da concordância entre as codificações apresentadas em atestados e as codificações segundo a CID-10 atribuídas pelos cirurgiões-dentistas peritos oficiais, foram observadas as seguintes situações:

- concordante: quando a codificação apresentada no atestado foi considerada sem alterações ou inclusões.

- não concordante: quando ocorreu atribuição de outra codificação pelos cirurgiões-dentistas peritos oficiais, com alteração na categoria de três caracteres, alteração na subcategoria de quatro caracteres, alteração de capítulo da CID ou inclusão do quarto dígito às codificações apresentadas ao nível do terceiro caractere.

- acréscimo de codificação: a codificação apresentada no atestado foi considerada sem alterações e ocorreu a complementação com uma ou mais codificações.

Para os atestados com a CID-OE realizou-se a análise da concordância considerando-se a codificação ao nível do quarto caractere.

Nos atestados com a CID-9, estabeleceu-se uma correspondência entre a CID-9 e a CID-10, para posteriormente proceder à análise da concordância.

#### 4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (CEP/FOUSP) e aprovado pelo Parecer FR 274954 (Anexo A).

A pesquisadora obteve autorização da diretoria do serviço público federal de São Paulo para a realização da pesquisa.

## 5 RESULTADOS

Foram analisadas as codificações pela CID provenientes dos atestados odontológicos e as codificações pela CID-10 atribuídas pelos cirurgiões-dentistas peritos oficiais de 240 solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico que deram entrada no Setor Odontológico da instituição. Desse total, 105 solicitações ocorreram durante o ano de 2008 e 135 durante o ano de 2009.

### 5.1 PERFIL DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

#### 5.1.1 Frequência segundo o gênero

A Tabela 5.1 mostra que a população do estudo foi predominantemente do gênero feminino (61,67%) que representava, à época, 55,17% do total de servidores ativos. O gênero masculino representava 44,83 % do total de servidores ativos.

Tabela 5.1 – Distribuição dos servidores públicos federais que solicitaram afastamento do trabalho por motivo odontológico segundo o gênero

<b>Gênero</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Feminino	148	61,67%
Masculino	92	38,33%
Total	240	100%

### 5.1.2 Frequência segundo média etária

A média aritmética da idade foi de 45,67 anos. A média etária dos homens foi de 48,63 anos e a média etária das mulheres foi de 43,82 anos conforme Tabela 5.2.

Tabela 5.2 – Distribuição dos servidores públicos federais que solicitaram afastamento do trabalho por motivo odontológico segundo a média etária

<b>Gênero</b>	<b>Média Etária</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>
Feminino	43,82	9,09	29	68
Masculino	48,63	10,62	25	64

### 5.1.3 Frequência segundo o grau de instrução

A população do estudo tem nível de instrução diferenciado, predominantemente ensino universitário e especialização conforme mostra a Tabela 5.3 .

Tabela 5.3 – Distribuição dos servidores públicos federais que solicitaram afastamento do trabalho por motivo odontológico segundo o grau de instrução

<b>Grau de Instrução</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Primário completo	4	1,67%
1º Grau completo	3	1,25%
2º Grau incompleto	1	0,42%
2º Grau completo	69	28,75%
Superior completo	70	29,17%
Especialização	91	37,92%
Mestrado	2	0,83%
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,00%</b>

### 5.1.4 Frequência segundo a lotação

Na Tabela 5.4 observa-se a distribuição da população do estudo segundo a lotação. As solicitações de afastamento do trabalho foram provenientes da capital e de outros 21 municípios do Estado de São Paulo.

Tabela 5.4 – Distribuição dos servidores públicos federais que solicitaram afastamento do trabalho por motivo odontológico segundo a lotação

<b>Lotação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
São Paulo	144	60,00%
Outros municípios	96	40,00%
Total	240	100,00%

## 5.2 ASPECTOS RELACIONADOS ÀS HOMOLOGAÇÕES DOS ATESTADOS

### 5.2.1 Homologações dos atestados

Os atestados foram homologados para as 240 solicitações (100% dos casos) conforme número de dias preconizados nos atestados odontológicos. Os afastamentos totalizaram 482 dias. Os tipos de avaliação realizados estão descritos na Tabela 5.5.

Tabela 5.5 – Distribuição das solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico segundo o tipo de avaliação

<b>Tipo de Avaliação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Inspeção Indireta	168	70%
Perícia Odontológica	54	22,50%
Junta Odontológica	18	7,50%
Total	240	100,00%

### 5.2.2 Diversidade de servidores

Considerada a diversidade de servidores (168), a grande maioria (n=128=76,19 %) apresentou uma única solicitação de afastamento do trabalho no intervalo estudado de dois anos. Observou-se que os sujeitos que compareceram duas ou mais vezes (n=40=23,81%) representaram 46,67 % do total de solicitações (112 do total de 240 atestados odontológicos)

A análise dos registros dos servidores que compareceram mais de uma vez apresentou os seguintes resultados: a) duas solicitações – 26 sujeitos (65%); b) três solicitações – 8 sujeitos (20%); c) quatro solicitações – 4 sujeitos (10%); d) seis solicitações – 1 sujeito (2,5%); e) quatorze solicitações – 1 sujeito (2,5%) (Tabela 5.6).



Tabela 5.6 – Diversidade de Servidores

<b>Número de solicitações por servidor</b>	<b>Total</b>	<b>Registros</b>	<b>Nº de solicitações</b>	<b>Sujeitos</b>
Uma	128	128	duas	26
Mais que uma	40	112	três	8
Diversidade e Total	168	240	quatro	4
			seis	1
			quatorze	1
			Total	40

Do total de casos de reapresentações (112), 15 casos foram prorrogações e ocorreram na sequência do término da primeira solicitação e em 26 casos observou-se a apresentação de outra solicitação de afastamento dentro do período de 60 (sessenta) dias do término da primeira solicitação.

### **5.2.3 Distribuição dos atestados odontológicos segundo a modalidade da assistência**

Conforme Tabela 5.7 observou-se que 64,17% dos servidores que constituíram a população deste estudo utilizaram a assistência de livre escolha e 35,42% a assistência dirigida (cirurgiões-dentistas credenciados).

Tabela 5.7 – Distribuição dos atestados odontológicos segundo a modalidade da assistência

<b>Assistência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Dirigida - Credenciado	85	35,42%
Livre Escolha	154	64,17%
Serviço Público Federal	1	0,42%
Total	240	100,00%

### 5.3 ASPECTOS RELACIONADOS ÀS CODIFICAÇÕES

#### 5.3.1 Distribuição das codificações apresentadas em atestados

Quanto à análise dos atestados odontológicos 55 (22,92%) não apresentaram a codificação segundo a CID, 17 (7,09%) atestados com a codificação segundo a CID-9, 8 (3,33%) atestados com a codificação segundo a CID-OE. Observou-se que a codificação segundo a CID-10 foi apresentada em 160 atestados (66,66%) (Tabela 5.8).

Tabela 5.8 – Distribuição dos atestados odontológicos segundo o uso da CID

<b>CID</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atestado sem CID	55	22,92%
CID-9	17	7,09%
CID-OE	8	3,33%
CID-10	160	66,66%
Total	240	100,00%

### 5.3.2 Análise comparativa entre as codificações apresentadas nos atestados e as codificações consideradas após avaliações por peritos oficiais

Das 185 codificações apresentadas em atestados segundo a CID-10, CID-OE e CID-9, em 102 (55,14%) casos as codificações foram concordantes, em 64 (34,59%) casos foram não concordantes e em 19 (10,27%) casos houve complementação com a codificação adicional Z54.0 – convalescença após cirurgia (Tabela 5.9). A Tabela 5.10 mostra a análise da concordância das codificações segundo a CID-9, CID-OE e CID-10.

Tabela 5.9 – Distribuição das codificações segundo a concordância

<b>CID</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Concordante	102	55,14%
Não concordante	64	34,59%
Acréscimo de codificação	19	10,27%
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100,00%</b>

Tabela 5.10 – Distribuição das codificações pela CID-9, CID-OE e CID-10 segundo a concordância

<b>Codificação</b>	<b>CID-9</b>	<b>%</b>	<b>CID-OE</b>	<b>%</b>	<b>CID-10</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
Concordante	6	35,30%	4	50%	92	57,50%	102
Não concordante	10	58,82%	3	37,50%	51	31,88%	64
Acréscimo de codificação	1	5,88%	1	12,50%	17	10,62%	19
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>	<b>185</b>

### 5.3.3 Distribuição das codificações nos atestados avaliados em perícias odontológicas

Quanto à análise das codificações dos atestados de servidores que compareceram para avaliação clínica em perícia odontológica (n=54), 18 atestados não apresentaram a codificação segundo a CID-10, 5 atestados apresentaram codificação segundo a CID-9, 1 atestado segundo a CID-OE (Tabela 5.11).

Tabela 5.11 – Distribuição das codificações nos atestados de servidores que se submeteram à perícia odontológica

<b>Perícia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atestado sem CID	18	33,33%
CID-9	5	9,26%
CID-OE	1	1,85%
CID-10	30	55,56%
Total	54	100,00%

Das 36 codificações apresentadas em atestados segundo a CID-10, CID-OE e CID-9, em 13 (36,11%) casos houve concordância entre a CID apresentada nos atestados e a codificação atribuída após avaliação dos peritos, em 18 (50%) casos não houve concordância e em 5 (13,89%) casos houve complementação da informação com codificação adicional (Tabela 5.12).

Tabela 5.12 – Distribuição das codificações avaliadas em perícias odontológicas segundo a concordância

<b>CID</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Concordante	13	36,11%
Não concordante	18	50%
Acréscimo de codificação	5	13,89%
Total	36	100,00%

### 5.3.4 Distribuição das codificações nos atestados avaliados em juntas odontológicas

Quanto à análise dos atestados odontológicos de servidores que compareceram para a avaliação clínica por junta odontológica (n= 18), 6 atestados não apresentaram a codificação segundo a CID-10, 1 atestado apresentou codificação segundo a CID-9 e 1 atestado apresentou a codificação segundo a CID-OE (Tabela 5.13).

Tabela 5.13 – Distribuição das codificações nos atestados odontológicos de servidores que se submeteram à junta odontológica

<b>Junta</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atestado sem CID	6	33,33%
CID-9	1	5,56%
CID-OE	1	5,56%
CID-10	10	55,55%
Total	18	100,00%

Das 12 codificações apresentadas em atestados segundo a CID-10, CID-OE e CID-9, em 4 (33,33%) casos houve concordância entre a CID apresentada nos atestados e a codificação atribuída após avaliação dos peritos, em 5 (41,67%) casos não houve concordância e em 3 (25%) casos houve complementação da informação com codificação adicional (Tabela 5.14).

Tabela 5.14 – Distribuição das codificações avaliadas em juntas odontológicas segundo a concordância

<b>CID</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Concordante	4	33,33%
Não concordante	5	41,67%
Acréscimo de codificação	3	25%
Total	12	100,00%

### 5.3.5 Distribuição das codificações nos atestados avaliados em inspeções indiretas

Quanto à análise dos atestados avaliados em inspeções indiretas (n=168), 32 atestados não apresentaram a codificação segundo a CID-10, 11 atestados apresentaram codificação segundo a CID-9, 6 atestados segundo a CID-OE (Tabela 5.15).

Tabela 5.15 – Distribuição das codificações nos atestados odontológicos avaliados em inspeção indireta

<b>Inspeção Indireta</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atestado sem CID	32	19,05%
CID-9	11	6,55%
CID-OE	6	3,57%
CID-10	119	70,83%
Total	168	100,00%

Das 137 codificações apresentadas em atestados segundo a CID-10, CID-OE e CID-9, em 85 (62,04%) casos houve concordância entre a CID apresentada

nos atestados e a codificação atribuída após avaliação dos peritos, em 41 (29,93%) casos não houve concordância e em 11 (8,03%) casos houve complementação da informação com codificação adicional (Tabela 5.16).

Tabela 5.16 – Distribuição das codificações avaliadas em inspeções indiretas segundo a concordância

<b>CID</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Concordante	85	62,04%
Não concordante	41	29,93%
Acréscimo de codificação	11	8,03%
Total	137	100,00%

### 5.3.6 Especificidade das codificações

Do total de solicitações (n=240), 160 atestados apresentaram a codificação segundo a CID-10.

A Tabela 5.17 mostra a especificidade das codificações pela CID-10 apresentada nos atestados odontológicos.

Tabela 5.17 – Distribuição das codificações dos atestados odontológicos segundo a especificidade

<b>CID-10</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Codificação ao nível do quarto caractere	114	71,25%
Codificação ao nível do terceiro caractere	42	26,25%
Combinação de codificações	4	2,50%
Total	160	100%

De 42 codificações ao nível do terceiro caractere apresentadas nos atestados, em 29 casos houve atribuição de uma codificação ao nível do quarto caractere após avaliação por peritos.

Portanto, em relação às codificações finais consideradas para avaliação do perfil de morbidade comparadas às codificações apresentadas nos atestados odontológicos, a avaliação dos peritos possibilitou a alteração de uma categoria (codificação ao nível do terceiro caractere) para uma subcategoria (codificação mais específica ao nível do quarto caractere).

Em 13 casos observa-se a manutenção da codificação na categoria de três caracteres apresentada nos atestados, 45 casos de codificação em categoria residual (.8 ou .9) e 3 casos de codificação Z54.0 isolada conforme Tabela 5.18.

Tabela 5.18 – Distribuição das codificações após avaliação dos peritos segundo a especificidade

<b>CID-10</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Codificação ao nível do quarto caractere	116	48,33%
Combinação de codificações	63	26,25%
Codificação ao nível do terceiro caractere	13	5,42%
Categoria Residual (.8)	7	2,92%
Categoria Residual (.9)	38	15,83%
Z54.0	3	1,25%
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100%</b>



A Tabela 5.19 mostra a relação entre as codificações com menor grau de especificidade e o tipo de avaliação realizada.

Tabela 5.19 – Relação entre as codificações com menor grau de especificidade e o tipo de avaliação

<b>CID-10</b>	<b>Inspeção Indireta</b>	<b>Perícia</b>	<b>Junta</b>	<b>Total</b>
Codificação ao nível do terceiro caractere	12	1	-	13
Categoria Residual (.8)	6	1	-	7
Categoria Residual (.9)	22	12	4	38
Z54.0	3	-	-	3
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>61</b>

#### 5.4 ASPECTOS RELACIONADOS AO PERFIL DE MORBIDADE

##### 5.4.1 Prevalência segundo os grupos nosológicos

As codificações consideradas para a tabulação final e avaliação do perfil de morbidade foram distribuídas em 5 (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 no período estudado foram por ordem de prevalência: 1) exodontias; 2) cirurgia para instalação de implantes; 3) transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes; 4) exodontias de dentes

impactados; 5) Transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação; 6) Doenças da polpa e dos tecidos periapicais – pulpíte; 7) Doenças da polpa e dos tecidos periapicais – abscesso periapical sem fístula (Tabela 5.20).

Tabela 5.20 – Prevalência no período – principais causas

<b>Grupo Nosológico</b>	<b>CID</b>	<b>Prevalência (n)</b>	<b>%</b>
Perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas	K08.1	51	21,26%
Colocação e ajustamento de dispositivo de prótese dentária	Z46.3	21	8,75%
Transtorno da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, sem outra especificação	K06.9	19	7,92%
Dentes impactados	K01.1	19	7,92%
Transtorno dos dentes e de suas estruturas de sustentação, sem outra especificação	K08.9	17	7,08%
Pulpíte	K04.0	9	3,75%
Abscesso periapical sem fístula	K04.7	8	3,34%
	Total	144	60,02%

Após avaliação dos cirurgiões-dentistas peritos oficiais, foram considerados 34 grupos nosológicos com codificações ao nível do quarto caractere no Capítulo XI – Doenças da Cavidade Oral, das Glândulas Salivares e dos Maxilares (K00-K14). Para 19 grupos nosológicos (55,88%), a CID –OE oferece um maior detalhamento do diagnóstico.

## 5.5 ASPECTOS RELACIONADOS AO TEMPO DE AFASTAMENTO

### 5.5.1 Tempo médio de afastamento

Apurou-se um tempo médio de afastamento de 2,01 dias – com desvio padrão de 2,62 . A moda foi de 1 dia e a mediana de 1 dia.

Considerando os principais grupos nosológicos em frequência observou-se, para pulpite (K04.0) o menor tempo médio (1 dia) e, para dentes impactados (K01.1), o maior tempo médio (1,95 dia), conforme Tabela 5.21.

Tabela 5.21 – Tempo médio de afastamento segundo grupos nosológicos da CID –10

<b>Grupo Nosológico</b>	<b>CID</b>	<b>Tempo Médio (dias)</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Total Dias</b>
Perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas	K08.1	1,61	1,00	82
Colocação e ajustamento de dispositivo de prótese dentária	Z46.3	1,86	1,20	39
Transtorno da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, sem outra especificação	K06.9	1,68	1,29	32
Dentes impactados	K01.1	1,95	0,71	37
Transtorno dos dentes e de suas estruturas de sustentação, sem outra especificação	K08.9	1,82	1,81	31
Pulpite	K04.0	1	0	9
Abscesso periapical sem fístula	K04.7	1,38	0,52	11

## 6 DISCUSSÃO

A licença para tratamento de saúde dos servidores públicos federais é concedida mediante a realização de perícia, junta oficial ou pela homologação de atestados médicos ou odontológicos que devem conter, obrigatoriamente, a CID ou o diagnóstico.

A CID fornece a informação diagnóstica e o cirurgião-dentista exercendo a função pericial avalia a condição de saúde do periciado, a codificação apresentada nos atestados odontológicos e o tempo estimado de afastamento do trabalho.

A utilização correta da CID é fundamental para a qualidade do registro de saúde e para subsidiar o processo de tomada de decisão quanto à necessidade de afastamento do trabalho.

O codificador deve, sempre que possível, buscar a maior especificidade para a classificação do diagnóstico em uma das categorias da CID (Daruge; Massini, 1978c; Gersenovic, 1995; Cesar et al., 2001; Organização Mundial da Saúde, 2008).

No presente estudo observou-se a apresentação de informações pouco específicas. A realização de perícias oficiais e juntas odontológicas permitiu um ganho de especificidade na informação.

Do total de atestados avaliados, 23,33% foram apresentados sem a CID. Embora a CID-10 esteja em uso desde 1993, 7,09% dos atestados ainda apresentaram a codificação segundo a CID-9. Tais fatos sugerem uma dificuldade no uso, na operacionalização ou um desconhecimento da ferramenta de classificação.

Concordamos com Mazzilli (2007) que afirma que o profissional de odontologia deve observar a possibilidade de mais de uma codificação para um melhor esclarecimento da situação de saúde analisada. A possibilidade da combinação de codificações evita a perda de informações úteis para subsidiar a conclusão pericial. Mendonça et al. (1990) afirmam que nos casos de codificação de enunciados diagnósticos múltiplos é importante considerar a hierarquização das informações.

A combinação de codificações foi pouco prevalente no estudo e não houve hierarquização da informação, indicando a necessidade de melhoria nesse aspecto.

Vale ressaltar que a utilização das subcategorias de quatro caracteres da

CID-10 confere um maior detalhamento à condição de saúde observada, apesar do nível de codificação exigido para informes internacionais ser o código de três caracteres. Esse maior detalhamento permite uma análise aprofundada dos diagnósticos estabelecidos e, conseqüentemente, uma decisão e uma ação mais eficazes. O mesmo raciocínio aplica-se à possibilidade de utilização complementar da CID-OE, que fornece uma classificação mais abrangente e consistente para as doenças orais e manifestações bucais de outras doenças conforme estudo de Bezroukov (1979) e Silva e Lebrão (2001).

Observou-se um inexpressivo percentual de atestados odontológicos apresentados com a CID-OE. Essa classificação forneceu um maior detalhamento da condição de saúde e os casos de não concordância ocorreram em menor proporção comparativamente aos atestados apresentados com a CID-9, sugerindo que a utilização da CID-OE pressupõe um melhor conhecimento da ferramenta de classificação.

O uso da CID-OE permitiria um maior detalhamento da condição de saúde para a maioria das nosologias codificadas segundo a CID-10 neste estudo, contribuindo principalmente para a tomada de decisão em inspeções indiretas.

Por exemplo, para a codificação K01.1 – dentes impactados, a CID-OE possibilita registrar, com a inclusão do quinto caractere, qual é o elemento dentário impactado e para a codificação K04.6 – abscesso periapical com fístula, a possibilidade de registrar a localização da fístula. Esses detalhamentos são relevantes para a análise da condição de saúde do servidor e, por conseguinte, para dimensionar o tempo necessário de afastamento do trabalho.

A determinação do período de afastamento adequado à recuperação do paciente é fundamental para garantir um retorno ao trabalho no momento ideal, sem comprometer a capacidade para o trabalho e promover o absenteísmo de corpo presente, prejudicando a saúde e o bem-estar do trabalhador conforme afirmam Reisine (1984) e Mazzilli (2007). É importante considerar que o grau de retorno ao trabalho pode ser um indicador da qualidade das avaliações periciais.

Na maioria dos casos deste estudo observou-se concordância entre as codificações apresentadas nos atestados odontológicos e as codificações atribuídas por peritos. A não concordância foi mais prevalente nas avaliações por perícias e juntas odontológicas e o acréscimo de codificações foi mais prevalente em juntas odontológicas. Tanto a alteração quanto o acréscimo de uma codificação ocorreram

após avaliações clínicas, sugerindo o estabelecimento de uma definição mais precisa do diagnóstico que gerou o afastamento e a obtenção de uma informação mais adequada para a descrição da condição de saúde do trabalhador.

Os principais motivos que permitiram a inclusão da CID-10 nos atestados apresentados sem a CID, a alteração ou o acréscimo de codificações nas inspeções indiretas foram: a presença da fundamentação diagnóstica ou a descrição dos procedimentos realizados nos atestados odontológicos; a análise da ficha clínica de tratamentos odontológicos realizados na assistência dirigida; e os relatos do servidor. Portanto, outras fontes de informação foram consultadas para tornar possível a codificação. Vale observar que a descrição de procedimentos realizados nos atestados foi mais frequente, indicando um raciocínio clínico mais direcionado aos procedimentos realizados do que à definição de um diagnóstico.

Daruge e Massini (1978c), Gersenovic (1995) e Cesar et al. (2001) destacam que a informação deve ser a mais específica possível, evitando-se as categorias residuais da classificação .8 e .9.

A avaliação realizada pelos cirurgiões-dentistas peritos oficiais possibilitou a atribuição da codificação segundo a CID-10 nos atestados apresentados sem a CID ou com a CID-9 e a inclusão do quarto caractere nas codificações apresentadas ao nível do terceiro caractere, gerando informação mais específica. É importante considerar que o acréscimo do quarto dígito .9 não fornece informação adicional.

Observou-se o aumento de especificidade da codificação quando ocorreu mudança de uma categoria residual (.8 e .9) para outra categoria diferente da residual (.0 a.7)

Entretanto, nota-se a presença de codificações em categorias pouco específicas em 25,42% dos casos, a maioria decorrente de inspeções indiretas, indicando uma impossibilidade de melhoria da informação com base, exclusivamente, nos atestados.

A maior prevalência de afastamentos foi decorrente de exodontias e cirurgias para instalação de implantes, esses resultados guardam estreita similaridade com aqueles encontrados no estudo de Mazzilli e Crosato (2005).

Na comparação com estudos anteriores de Reisine (1984), Mazzilli e Crosato (2005), Nardi et al. (2009) observou-se semelhança em relação ao tempo de afastamento, confirmando ser o absenteísmo odontológico de curta duração.

Em relação ao tempo médio de afastamento, observa-se que as condições de saúde codificadas em categorias residuais (.9) apresentam maior variabilidade, sugerindo que um código mais específico torna possível uma definição mais precisa da necessidade de afastamento do trabalho.

Vale ressaltar que uma mesma condição de saúde exige períodos de afastamentos diferenciados e o uso isolado da CID-10 não permite um aprofundamento na análise dessas diferenças, que poderiam ser investigadas e registradas com o uso complementar da CID-OE e CIF.

É importante frisar que, atualmente, as decisões quanto à necessidade de afastamento são baseadas no diagnóstico. Mazzilli (2003) relata que para o pronunciamento pericial sobre a incapacidade laborativa deve-se considerar não somente o diagnóstico, mas também o grau de disfunção e o ambiente de trabalho. Para avaliação desses aspectos, a CIF mostra-se um instrumento mais adequado ao permitir a mensuração da gravidade do problema com o uso dos qualificadores. Da mesma forma, o ambiente de trabalho é um fator ambiental passível de mensuração pela CIF.

Ainda segundo Mazzilli (2007), o absenteísmo é sensível a diversos aspectos, como o acesso aos serviços de saúde, que também é um fator ambiental que pode ser medido com o uso da CIF.

O registro adequado das condições de saúde relacionadas às prorrogações de licenças para tratamento de saúde contribui para o estudo da incapacidade laborativa. Para esses casos, o uso da CIF aportaria informações relevantes sobre o nível de funcionalidade e incapacidade, sobre o acesso e a qualidade da assistência prestada, bem como, sobre os fatores contextuais que influenciam a saúde e a recuperação do indivíduo.

É importante notar que, para os casos de prorrogações da licença, o uso adequado da CID-10 pode fornecer informações adicionais, ao permitir o registro, por exemplo, das complicações de procedimentos cirúrgicos.

Os resultados apontaram que 23,81% dos servidores solicitaram mais de uma vez afastamento do trabalho por motivo odontológico. De acordo com Reisine e Miller (1985), um dos preditores para o afastamento do trabalho é o fato do paciente ter um episódio de perda de trabalho anterior. Essas repetidas solicitações de licença para tratamento de saúde poderiam ser avaliadas com o uso complementar

da CIF, permitindo investigar e registrar os fatores relacionados a cada solicitação de afastamento.

A CIF pode contribuir para subsidiar as decisões periciais no processo de avaliação da incapacidade laborativa ao observar o grau de comprometimento das estruturas, das funções corporais, acompanhar as limitações nas atividades e as restrições na participação e, também, coletar dados sobre os fatores ambientais que atuam como facilitadores ou barreiras para o retorno ao trabalho.

Admite-se, portanto, que a CIF pode ser um instrumento adequado para a avaliação da incapacidade para o trabalho conforme estudo de Madden et al. (2003).

Üstün et al. (2003), Di Nubila e Buchalla (2008) e Cieza et al. (2008) explicam que a CIF permite descrever a experiência do indivíduo. Essa descrição é importante para avaliar um indivíduo que vivencia uma situação de incapacidade para o trabalho.

Conforme destacam Üstün et al. (2003) e MacEntee (2006) avaliar o que é significativo para o paciente permite obter informações adequadas sobre o impacto da condição de saúde no indivíduo e, com isso, propor medidas concretas para o controle do absenteísmo. Da mesma forma, Üstün et al. (2003) explicam que é fundamental considerar que cada indivíduo se apresenta diferentemente, mesmo portando uma mesma patologia e a CIF avalia essas diferenças.

Os fatores sociais e psicológicos são considerados de essencial importância para a saúde e a qualidade de vida (Locker, 1997; Sheiham et al., 1997; Reis; Ribeiro, 2003). A abordagem biopsicossocial da CIF relaciona a doença ao bem-estar e à qualidade de vida afirmam Buchalla (2003) e Cieza et al. (2008).

Tais fatos reforçam a necessidade do uso de uma ferramenta mais abrangente para abarcar os aspectos multidimensionais da saúde. Nesse sentido, vale ressaltar a possibilidade de utilização do modelo conceitual da CIF para conduzir o raciocínio clínico na avaliação pericial.

Quanto à utilização conjunta da CID-10, CID-OE e CIF destaca-se a possibilidade da avaliação simultânea e detalhada do estado clínico, dos fatores ambientais relevantes e do grau de incapacidade ligado à doença.

O maior detalhamento da CID-OE e a utilização conjunta da CIF possibilitam investigar a influência de outros fatores relacionados à incapacidade para o trabalho além do diagnóstico, permitindo uma melhor avaliação e subsidiando a tomada de decisão em perícias, juntas odontológicas ou inspeções indiretas.



No presente estudo, constatou-se a necessidade de aprimorar a qualidade das informações geradas nas inspeções indiretas. Se há uma insuficiência ou deficiência na informação proveniente da assistência à saúde prestada ao servidor público federal, é função pericial buscar a melhoria dessa informação.

A maioria dos atestados odontológicos deste estudo foi proveniente da assistência de livre escolha. Porém, a autogestão ou assistência dirigida é uma modalidade de assistência que permite um melhor acompanhamento da qualidade das ações de saúde e fornece a possibilidade de orientar ou oferecer treinamento à rede credenciada de profissionais sobre os parâmetros de uso das classificações, garantindo uma uniformidade de critérios para a codificação.

De acordo com estudo de De Boer et al. (2009), é importante distinguir e integrar a perspectiva do profissional assistente, do periciado e do perito na análise do afastamento do trabalho. As informações periciais integradas às informações assistenciais contribuirão para uma melhor compreensão dos aspectos relacionados à saúde do trabalhador.

A CIF fornece dados que, agregados aos dados de morbidade gerados pela CID-10 e CID-OE, podem determinar as medidas de intervenção em saúde que favoreçam o bem-estar e a qualidade de vida do trabalhador.

O entendimento da lógica de escolha para a atribuição de um código ao enunciado diagnóstico é fundamental para gerar informação relevante. Portanto, para a execução das atividades periciais é fundamental adotar protocolos, estabelecer uma padronização e uma uniformidade nos critérios de seleção de códigos. Logo, a construção de protocolos técnicos periciais e uma política de capacitação dos peritos são fundamentais para o aprimoramento da informação.

Os dados gerados em avaliações periciais permitem a estruturação de um sistema de informações para o diagnóstico de uma situação e para a construção de indicadores relevantes ao monitoramento do absenteísmo.

No presente trabalho, por tratar-se de estudo descritivo e retrospectivo, realizado com dados secundários, não foi possível investigar a concordância intra e interexaminadores e isso traz uma limitação ao estudo.

Os resultados desse estudo demonstraram a necessidade de um aprimoramento na utilização da CID-10. Sugere-se a realização de pesquisas com a aplicação da CIF em saúde bucal e uma maior divulgação das ferramentas de classificação da OMS entre os cirurgiões-dentistas.

O uso das classificações confere qualidade ao registro das informações em saúde. A disponibilidade de dados corretos sobre o perfil do adoecimento dos trabalhadores é fundamental para o planejamento de ações em saúde bucal do trabalhador (Laurenti; Buchalla, 1999; Almeida, 2002; Madden et al., 2003).

Pode-se, assim, dizer que a informação é essencial à tomada de decisões e orienta as ações de saúde. É importante para a promoção da saúde, para melhorar a prevenção de agravos e a organização dos serviços de saúde oferecidos.

Compreender o ser humano em sua totalidade em toda ação de saúde, incluindo a atividade pericial, tem uma importância significativa na definição de estratégias para a prevenção dos agravos à saúde, assim como, para determinar as ações de saúde a serem implantadas.

No momento atual, em que novas legislações entraram em vigor a fim de qualificar a avaliação pericial e delimitar a área de atuação do cirurgião-dentista, é imprescindível um aprofundamento na análise dos aspectos relacionados ao afastamento do trabalho por motivo odontológico.

É nesse contexto que se busca ressaltar a importância do conhecimento da estrutura e dos propósitos das classificações, melhorando o padrão de utilização da CID-10 e incorporando o uso da CID-OE e da CIF nas avaliações periciais.

## 7 CONCLUSÕES

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

- a) Verificou-se um padrão irregular de uso da CID nos atestados odontológicos.
- b) Verificou-se que as codificações concordantes são mais frequentes do que as codificações não concordantes e os acréscimos de codificações.
- c) Verificou-se que as codificações não concordantes são mais frequentes nas avaliações por perícias e juntas odontológicas do que nas inspeções indiretas.
- d) Verificou-se uma maior especificidade nas codificações atribuídas após avaliação dos cirurgiões-dentistas peritos oficiais.
- e) As codificações com menor especificidade são decorrentes, na grande maioria, das inspeções indiretas.
- f) A utilização complementar da CID-OE e CIF pode favorecer o processo de tomada de decisão quanto à necessidade de afastamento do trabalho e fornecer dados relevantes para o monitoramento do absenteísmo por motivo odontológico.

## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

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

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

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

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

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

Berge TI. Inability to work after surgical removal of mandibular third molars. Acta Odontol Scand. 1997 Jan; 55(1): 64-9.

Bezroukov V. The application of the International Classification of Diseases to dentistry and stomatology. Community Dent Oral Epidemiol. 1979 Feb; 7(1):21-4.

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

Brasil. Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm). Acesso em: 24 fev. 2010.

---

<sup>1</sup> De acordo com Estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Brasil. Resolução CFO-20 de 16 de agosto de 2001, normatiza Auditorias e Perícias em Sede Administrativa. Rio de Janeiro 2001. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=193>. Acesso em: 26 fev. 2010.

Brasil. Resolução CFO-42 de 20 de maio de 2003, aprova o Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro 2003. Disponível em: [http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo\\_etica.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf). Acesso em: 26 fev. 2010.

Brasil. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador; 2004. Disponível em: [http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3\\_081014-105206-701.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf). Acesso em: 11 abr. 2010.

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

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria Nº 1.675, de 6 de outubro de 2006. Estabelece orientação para os procedimentos operacionais a serem implementados na concessão de benefícios de que trata a Lei 8.112/90 e Lei 8.527/97, que abrange processos de saúde, e da outras providências. Brasília DF 2006b. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/77/MOG-RH/ManSaudeSP.htm>. Acesso em: 3 mar. 2010.

Brasil. Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador Versão Final- 24/03/06; 2006c. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_final.pdf). Acesso em: 11 abr. 2010.

Brasil. Segurança e Medicina do Trabalho: Lei Nº6.514, de 22 de dezembro de 1977. 59a ed. São Paulo: Editora Atlas; 2006d.

Brasil. Decreto Nº 6.833, de 29 de abril de 2009, institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília DF 2009a. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/231320/decreto-6833-09>. Acesso em: 2 mar. 2010.

Brasil. Decreto Nº 7003 de 9 de novembro de 2009. Regulamenta a licença para tratamento de saúde, de que tratam os arts. 202 a 205 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e dá outras providências. Brasília 2009b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7003.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7003.htm). Acesso em: 12 nov. 2009.

Brasil. Lei 11907 de 02 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre a reestruturação da composição remuneratória das Carreiras de Oficial de Chancelaria e de Assistente de Chancelaria... Brasília 2009c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm). Acesso em: 24 fev. 2010.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. SIASS – Documento de Criação. A política de atenção à saúde, previdência e benefícios do servidor público. Brasília DF 2009d. Disponível em: <http://www1.siapenet.gov.br/saude/>. Acesso em: 2 mar. 2010.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Manual Operacional do usuário do SIAPE SAÚDE – Perfis Gestor, Administrativo e Perito – Perícia Oficial em Saúde – SIAPE SAÚDE. Brasília DF 2009e. Disponível em: <http://www1.siapenet.gov.br/saude/>. Acesso em: 2 mar. 2010.

Brasil. Resolução CFO-87 de 26 de maio de 2009, normatiza a perícia e junta odontológica e dá outras providências. Rio de Janeiro 2009f. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1356>. Acesso em: 26 fev. 2010.

Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica*. 2003;10(1):29-31.

Cesar CLG, Laurenti R, Buchala CM, Figueiredo GM, Carvalho WO, Caratin CVS. Uso da Classificação Internacional em Inquéritos de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2001;4(2):120-30.

Chaná PC, Albuquerque D. La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Rev Chil Neuro-psiquiatr*. 2006;44(2):89-97.

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

Daruge E, Massini N. Documentos legais em odontologia In:Direitos Profissionais na odontologia. São Paulo: Saraiva; 1978a. 167-79.

Daruge E, Massini N. O cirurgião-dentista investido nas funções periciais. In:Direitos Profissionais na odontologia. São Paulo: Saraiva; 1978b. 211-23.

- Daruge E, Massini N. A Organização Mundial da Saúde e o Código de Classificação Internacional das Doenças da Cavidade Bucal In: Direitos Profissionais na odontologia. São Paulo: Saraiva; 1978c. 261-74.
- De Boer WE, Wind H, Van Dijk FJ, Willens HH. Interviews for the assessment of long-term incapacity for work: a study on adherence to protocols and principles. *BMC Public Health*. 2009 Jun 2; 9:169.
- Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):324-35.
- Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2005;10(4):817-28.
- Gallian DMC; Reginato V. Relação Assistencial e sua humanização. In: Ramos DLP. *Bioética: pessoa e vida*. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. cap.7, p117-33.
- Gersenovic M. The ICD family of classification. *Methods Inf Med*. 1995 Mar;34(1-2):172-5.
- Laguardia J, Domingues CMA, Carvalho C, Lauerman CR, Glatt R. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia Serviços Saúde*. 2004;13(3):135-47.
- Laurenti R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Rev Saúde Públ*. 1991;25(6):407-17.
- Laurenti R, Buchalla CM. O uso em epidemiologia da família de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(4):685-700.
- Locker D. Concepts of oral health, disease and quality of life In: Slade GD. *Measuring oral health and quality of life*. University of North Carolina: Department of Dental Ecology; 1997. chapter 2, p. 11-23.
- MacEntee MI. An existential model of oral health from evolving views on health, function and disability. *Community Dent Health*. 2006 Mar;23(1):5-14.

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

Mazzilli LEN. *Odontologia do Trabalho*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2003.

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

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

Mazzilli LEN. Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo.[tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2008.

Mendonça MCLG, Souza MSL, Nehmy RMQ, Cunha EGA, Bichuetti JAN, Santos AF. Avaliação dos dados nosológicos em prontuários ambulatoriais. *Cad Saúde Pública*. 1990;6(3):293-305.

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

Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia CID-OE*. 3. ed. São Paulo: Livraria Editora Santos;1996.

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

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

Peres SHCS, Peres AS, Oliveira FT, Adachi A, Silva AL, Morandini ACF et al. Absenteísmo: uma revisão da literatura sobre a ausência ao trabalho relacionada à odontologia. *Rev Odontol Araçatuba*. 2006; 27(2):96-100.



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

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

Reisine S, Miller J. A longitudinal study of work loss related to dental diseases. Soc Sci Med. 1985;21(12):1309-14.

Salgado DJP, Mello PBM, Lima MCRD. Perícia: limites e atuação do cirurgião-dentista. In: Mello PBM. Odontologia do Trabalho: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio; 2006.cap.6, p. 93-102.

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

Sheiham A, Cushing AM, Maizels J. The Social Impacts Of Dental Disease. In: Slade GD. Measuring oral health and quality of life. University of North Carolina: Department of Dental Ecology; 1997. chapter 4, p. 47-55.

Silva M. Das perícias odontológicas. In: Silva M. Compêndio de Odontologia Legal. São Paulo: Medsi; 1997.cap.24, p. 415-73.

Silva M. Documentação em odontologia e sua importância jurídica. Odontol e Soc. 1999;1(1/2):1-3.

Silva OMP, Lebrão ML. Comparando a Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia (CID-OE) com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Rev Bras Epidemiol 2001;4(2):114-9.

Silva OMP, Panhoca L, Blanchman, IT. Os pacientes portadores de necessidades especiais: revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. Salusvita. 2004;23(1):109-16.

Üstün TB, Chatterji S, Kostansjek N, Bickenbach J. WHO's ICF and Functional Status Information in Health Records. Health Care Financ Rev. 2003 Spring;24(3):77-88.

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

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



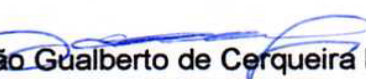
**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Odontologia**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

**PARECER DE APROVAÇÃO**  
**FR 274954**  
**Protocolo 111/2009**

O grupo de trabalho indicado pelo Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa "**Aplicabilidade da CID-10, CID-OE e CIF na análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em um serviço público Federal de São Paulo**", de responsabilidade do(a) Pesquisador(a) Gisele dos Reis Della Togna, sob orientação do(a) do(a) Prof.(a) Dr.(a.) Edgard Crosato.

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

São Paulo, 10 de agosto de 2009.

  
Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz  
Coordenador do CEP-FOSP