

Prevalência de absenteísmo odontológico em funcionários públicos de um município do interior do Estado de São Paulo

Prevalence of dental absenteeism in public employees of a city in São Paulo state, Brazil

Marcos Maurício Capelari¹, Fábio Duarte da Costa Aznar¹, Adriana Rodrigues de Freitas¹, Mauricio Donalson Spin¹, Sílvia Helena de Carvalho Sales-Peres², Arsenio Sales-Peres²

RESUMO | **Contexto:** O estudo do absenteísmo através dos atestados odontológicos se faz necessário para promover a redução de sua ocorrência, contribuindo com a produtividade e reduzindo os custos na administração pública/privada. **Objetivos:** Avaliar as características do absenteísmo odontológico e as suas causas, por meio da CID-10 presente nas atestações de funcionários públicos municipais do interior do Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo observacional seccional, realizado no município de Santa Cruz do Rio Pardo (SP), utilizando os prontuários funcionais dos servidores, no período de 2001 a 2012. Foram incluídos 343 prontuários, selecionados de forma randomizada. Quantificaram-se as causas de afastamentos odontológicos utilizando-se a CID-10. Os testes Mann-Whitney e Correlação de Spearman foram aplicados ($p < 0,05$). **Resultados:** Foram identificados 337 afastamentos por motivos odontológicos, sendo que 75,3% eram pertencentes ao gênero feminino ($p = 0,015$), o tempo no serviço foi de 83,29 meses de trabalho ($r = 0,16$; $p = 0,003$), 44,6% pertencentes a trabalhadores com nível superior de escolaridade ($r = 0,10$; $p = 0,077$) e faixa salarial de 1 a 3 salários mínimos (61,5%) ($r = 0,01$; $p = 0,83$). Identificou-se taxa de absenteísmo de 26,7%, sendo 43,62% não codificados, 11,28% doenças da polpa e dos tecidos periapicais, 9,79% dentes inclusos e impactados, 9,49% gengivite e doenças periodontais e 8,30% cárie dentária. **Conclusões:** A alta taxa de absenteísmo observada evidenciou a necessidade de adoção de políticas de promoção e prevenção à saúde do trabalhador, reforçando a importância da Odontologia como fonte reguladora das questões relacionadas ao absenteísmo.

Palavras-chave | absenteísmo; atestado de saúde; classificação internacional de doenças.

ABSTRACT | **Context:** The study of absenteeism through dental attestations is necessary to promote the reduction of its occurrence, contributing to productivity and reducing costs in the public/private management. **Objectives:** To evaluate the characteristics of dental absenteeism and its causes through the ICD-10 present in the claims of municipal government workers in the state of São Paulo, Brazil. **Methods:** Seccional observational study, conducted in the city of Santa Cruz do Rio Pardo, São Paulo, Brazil, using functional records of the servers, in the period of 2001-2012. Three hundred and forty-three records, randomly selected, were included. The causes of dental clearances were quantified using ICD-10. Mann-Whitney test and Spearman correlation were used ($p < 0.05$). **Results:** There were identified 337 absences by dental reasons, with 75.3% belonged to the female gender ($p = 0.015$), time in service was 83.29 months of work ($r = 0.16$; $p = 0.003$), 44.6% belonging to workers with higher education levels ($r = 0.10$; $p = 0.077$) and salary range of 1-3 minimum salaries (61.5%) ($r = 0.01$; $p = 0.83$). It was identified absenteeism rate of 26.7%, with 43.62% uncoded, 11.28% diseases of pulp and periapical tissues, 9.79% impacted and included teeth, 9.49% gingivitis and periodontal diseases and 8.30% dental caries. **Conclusions:** The high rate of absenteeism observed highlighted the need of adopting policies for the promotion and prevention on occupational health, reinforcing the importance of the Dentistry as a source of regulatory issues related to absenteeism.

Keywords | absenteeism; health certificate; international classification of diseases.

Trabalho realizado no Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (USP) - Bauru (SP), Brasil.

¹Doutorando no Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru da USP - Bauru (SP), Brasil.

²Professor Associado do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru da USP - Bauru (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

O conhecimento e a valorização das características do absenteísmo são condições imprescindíveis para o planejamento e a adoção de estratégias que visem não só a saúde, o bem estar e a qualidade de vida do trabalhador, como também a produtividade e lucratividade, em empresas públicas ou privadas. A economia mundial vem se ambientando em um contexto extremamente competitivo e produtivo, no qual o uso da informação e a flexibilização dos processos de trabalho são pontos chave para o empreendedorismo e lucratividade diante do fenômeno da globalização¹.

Este paradigma mundial promoveu uma reestruturação nas relações de trabalho e na atenção à saúde dos trabalhadores. A sobrevivência das empresas está atrelada ao seu desempenho, sendo compreensível a preocupação com a saúde geral de seus trabalhadores, já que estes só atingirão o máximo de sua capacidade produtiva quando suas necessidades básicas forem atendidas. Os trabalhadores tornam-se um de seus principais patrimônios. Portanto, cuidar para que tenham qualidade de vida no ambiente de trabalho projeta a boa imagem da mesma tanto para os funcionários como para a própria comunidade².

O absenteísmo pode ser entendido como a ausência do trabalhador motivada por doença, em sua pessoa ou em qualquer um de seus dependentes³. Há uma concordância universal de que o processo absenteísmo-doença acarreta um aumento dos custos, seja diretamente pela concessão de auxílio-doença e/ou indiretamente pela diminuição da produtividade^{3,4}.

Os atestados médicos e odontológicos são os únicos instrumentos legais capazes de abonar as faltas ao trabalho por motivo de doença e assegurar o pagamento dos respectivos salários, desde que apresentem a codificação da enfermidade (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-10), conforme especificado por Acórdão do Tribunal Superior do Trabalho⁵⁻⁷. Ademais, o Decreto 27.048/1949 que aprova o regulamento da Lei 605/1949, regimenta esta atestação dando ao médico da empresa esta prerrogativa legal^{8,9}.

As classificações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS) são ferramentas que auxiliam os profissionais na abordagem clínico-epidemiológica do indivíduo em relação ao seu trabalho¹⁰. O conhecimento da aplicabilidade e dos propósitos destas classificações é indispensável

para o fortalecimento e a estruturação de um sistema de informação sobre a saúde do trabalhador. A inserção dos dados de morbidade que geram afastamento laboral é essencial nesse processo¹¹. O estudo do absenteísmo e de suas causas se faz necessário para promover estratégias que possam reduzir a sua ocorrência, otimizando a produtividade do trabalhador e reduzindo os custos da unidade empresarial ou da administração pública¹².

Fato posto, o objetivo deste estudo foi avaliar as características do absenteísmo odontológico e as suas causas através da CID-10 das atestações de funcionários públicos de um município do interior Paulista, no período de 2001 a 2012.

MÉTODOS

O protocolo deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (processo 17195/2012). Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, que foi realizado em um serviço público municipal do Estado de São Paulo, utilizando dados registrados nos prontuários funcionais dos servidores no período de 01 de janeiro de 2001 a 31 de maio de 2012, totalizando 11 anos e 05 meses.

O município analisado, Santa Cruz do Rio Pardo, possuía na data de término deste estudo 43.921 habitantes¹³ e 973 servidores públicos ativos. A escolha dos prontuários foi realizada de forma randomizada, através de planilhas do *software* Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corporation, EUA). O cálculo amostral foi realizado estimando-se perda de 20%, erro de 5%, incluindo-se para a avaliação 343 prontuários. A amostra foi distribuída de forma que contemplasse todos os setores da administração.

A coleta dos dados foi realizada por meio de ficha estruturada, confeccionada para a pesquisa, transcrevendo-se os dados dos prontuários e das fichas cadastrais dos participantes da pesquisa. Foram quantificadas as causas mais frequentes de afastamentos odontológicos utilizando-se a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e de afastamentos sem causas justificadas (CID-10 ausente).

Os dados obtidos foram quantificados e analisados por meio de frequências absolutas e relativas, e dos testes Mann-Whitney e Correlação de Spearman ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram avaliados 343 prontuários/servidores, sendo excluídos 3, devido à exoneração dos mesmos. O número de ocorrência de afastamentos odontológicos foi de 337 eventos, com média de $0,99 \pm 3,09$ faltas/indivíduo, variando entre nenhum até 32 para um único servidor. Foram encontrados somente afastamentos por períodos inferiores a 15 dias, caracterizando apenas faltas justificadas, não visualizando-se os auxílio-doença e auxílio-acidente/acidente de trabalho.

A soma de todos os dias perdidos por motivo odontológico atingiu 425 dias, com média de $1,25 \pm 3,78$. O tempo de serviço para o período foi de 83,29 meses de trabalho para cada servidor, sendo positivamente correlacionado ao número de afastamentos odontológicos ($r=0,16$; $p=0,003$). Com relação ao período avaliado neste estudo, de janeiro de 2001 a maio de 2012, observou-se uma maior prevalência de afastamento nos 4 últimos anos analisados (Gráfico 1).

A faixa etária entre 40 e 49 anos foi a mais prevalente, totalizando 28,82% da amostra. Os afastamentos na faixa etária acima de 60 anos apresentaram média de 2,62, no entanto não se observou correlação significativa ($r=0,02$; $p=0,746$). Na distribuição pelo gênero, notou-se que 75,3% eram do gênero feminino e 24,7%, masculino, sendo maior número de afastamentos odontológicos no gênero feminino (1,21 atestados) ($p=0,015$).

A Secretaria da Educação apresentou uma concentração de 48,1% do funcionalismo, também sendo a responsável pelo maior número de afastamentos odontológicos com média de 1,40 atestados por servidor.

Quanto ao nível de escolaridade, a amostra apresentou maior percentual de formação em nível superior (44,6%) (Gráfico 2). O maior número de afastamentos foi encontrado nos servidores com ensino médio (1,13 atestados), porém sem correlação o nível de escolaridade e os afastamentos ($r=0,10$; $p=0,077$).

No que tange às condições socioeconômicas, houve maior prevalência de indivíduos com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos (61,5%) (Gráfico 3). Os indivíduos na faixa salarial de 4 a 6 salários mínimos apresentaram maior frequência, em média 1,14 atestados, não havendo correlação significativa com o número de afastamentos ($r=0,01$; $p=0,83$).

As afecções de origem odontológica identificadas também puderam ser classificadas e descritas de acordo com sua manifestação, frequência e ocorrência (Gráfico 4).

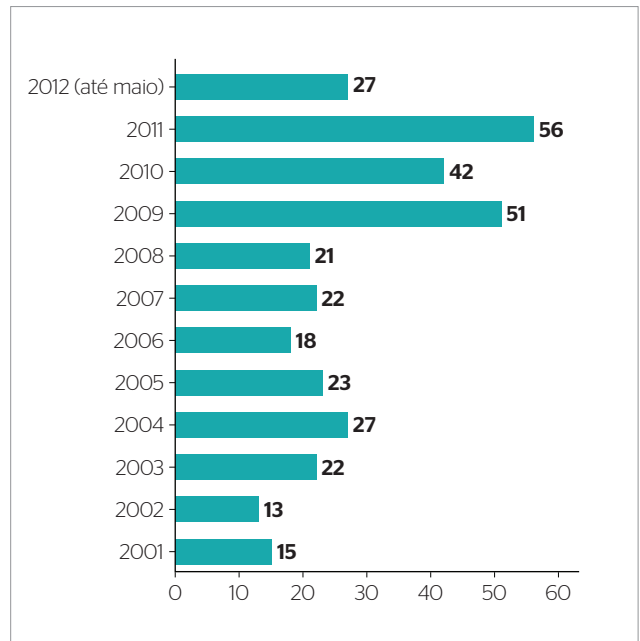


Gráfico 1. Frequência de afastamentos odontológicos em relação ao período/ano analisado

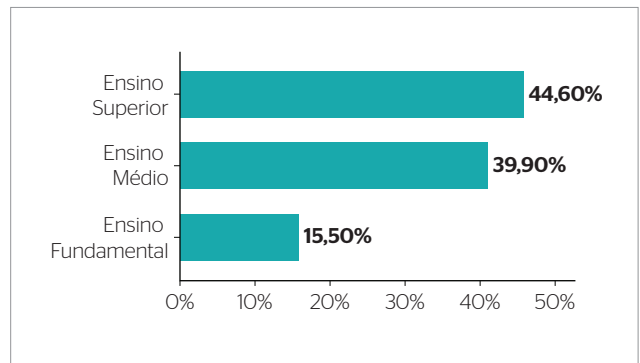


Gráfico 2. Frequência de afastamentos odontológicos em relação ao nível de escolaridade dos servidores públicos municipais

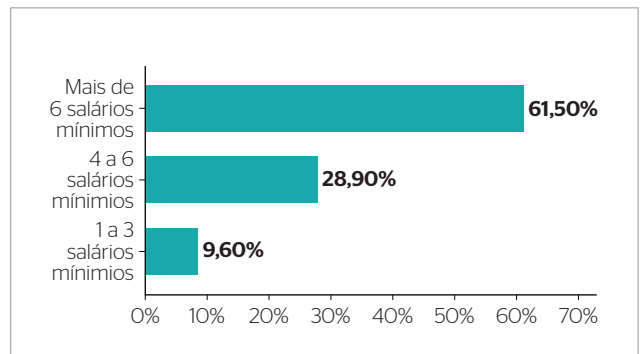


Gráfico 3. Frequência de afastamentos odontológicos em relação à renda dos servidores públicos municipais

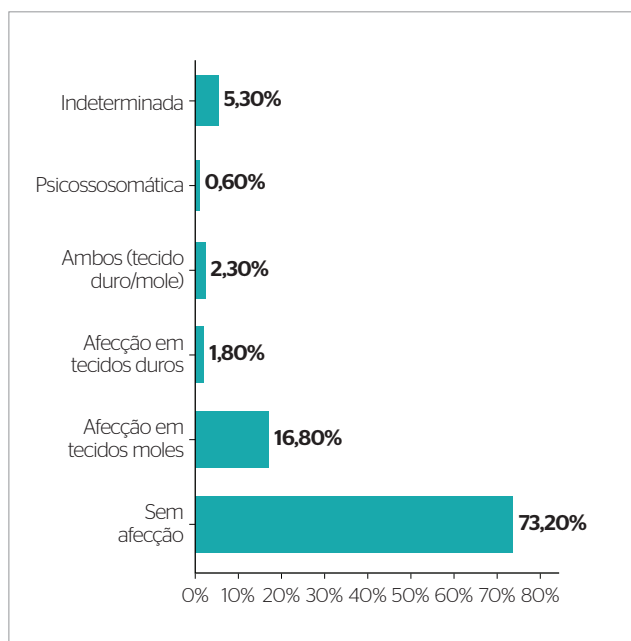


Gráfico 4. Afecções odontológicas mais prevalentes nos servidores públicos municipais

Tabela 1. Patologias mais frequentes, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, e sua prevalência nos atestados odontológicos dos servidores públicos municipais

CID-10	n	%
Sem CID ou indeterminado	147	43,62
Doença da polpa e dos tecidos periapicais K04 e subclassificações)	38	11,28
Dentes inclusos e impactados (K01 e subclassificações)	33	9,79
Gengivite e doenças periodontais (K05 e subclassificações)	32	9,49
Cárie dentária (K02 e subclassificações)	28	8,30
Outros transtornos dos dentes e estruturas de sustentação (K08 e subclassificações)	19	5,63
Anomalias dentofaciais (K07 e subclassificações)	8	2,37
Outras doenças dos maxilares (K10 e subclassificações)	7	2,08
Neoplasia benigna da boca e da faringe (D10 e subclassificações)	7	2,08
Outros CID's	18	5,34
Total	337	100,00

CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Foi possível identificar uma taxa de absenteísmo odontológico de 26,7%, no entanto 43,62% destas foram atribuídas a causas indeterminadas (ausência de CID-10). Quando a CID-10 estava presente, as condições e as codificações que se mostraram com maior representatividade foram: Doenças da polpa e dos tecidos periapicais (K04 incluindo K04.0, K04.1, K04.3, e K04.7) 11,28%, dentes inclusos e impactados (K01 incluindo K01.0 e K01.1) 9,79%, gengivite e doenças periodontais (K05 incluindo K05.0, K05.1, K05.2) 9,49%, e cárie dentária (K02 incluindo K02.1, K02.2, K02.9) 8,30% (Tabela 1); sendo que individualmente os dentes inclusos (K01.0) apresentaram uma maior prevalência (8,61%).

DISCUSSÃO

A avaliação de afastamentos por períodos inferiores a 15 dias, de curta duração, pode fornecer informações a respeito do perfil de saúde e adoecimento de um grupo de trabalhadores¹⁴. A maior prevalência de afastamento nos quatro últimos anos analisados, coincide com o período de instalação do ponto eletrônico para controle de horas de trabalho junto à estes funcionários pelo município, necessitando porém de estudo mais aprofundado visando determinar esta correlação.

A faixa etária encontrada entre 40 e 49 anos foi a mais prevalente na amostra, totalizando 28,82%, assemelhando-se a outros estudos^{15,16}. Entretanto, analisando-se a prevalência de afastamentos odontológicos por faixa etária, o maior índice foi encontrado acima dos 60 anos, contrariando estudos revisados^{17,18}, corroborados por autores que apontaram uma correlação inversa entre faixa etária e número de afastamentos, à medida que aumentava a faixa etária diminuía o absenteísmo, o que no presente estudo não foi observado, pois neste quesito comparativo não houve significância ($p > 0,05$)⁴.

O gênero feminino prevaleceu tanto na amostra quanto no número de afastamentos odontológicos, em concordância com outros dados da literatura^{17,18}. Porém, tais achados não são unânimes, o que pode ser atribuído ao tipo de amostra analisada, às características da empresa e à modalidade de serviço prestado, muitas vezes relacionados de forma seletiva a um determinado gênero de servidor^{4,16}.

Nenhum dos estudos revisados analisou a correlação entre o tempo de serviço e o número de afastamentos

odontológicos. A mesma tendência para a amostra ou para a maior prevalência de afastamentos odontológicos encontrados na Secretaria de Educação na presente pesquisa foi corroborada em outra que encontrou nesta pasta as ambas condições¹⁹.

Quanto ao grau de escolaridade, este estudo é corroborado por autores que encontraram a maior prevalência de absenteísmo odontológico para indivíduos com o ensino médio, 30,7% da amostra²⁰, contrapondo-se aos que encontraram o absenteísmo odontológico mais prevalente no ensino fundamental com 81,0%¹⁸.

No que concerne às condições socioeconômicas, não houve congruência do presente estudo com os levantados na literatura, quando da estratificação de faixas salariais da amostra, oscilando de acordo com a moeda e câmbio de cada país, além das épocas de realização dos mesmos, ou ainda, por distribuições em faixas salariais diversas e diferentes^{17,21-23}. A maior concentração dos afastamentos odontológicos preponderou na gama intermediária, de 4 a 6 salários mínimos. Não obstante, estudo com outros achados verificou que a maioria das faltas foram atribuídas a trabalhadores menos qualificados e com menor salário, afirmando a possibilidade de que os trabalhadores com salário maior faltam menos, porque estão satisfeitos com o seu salário ou se nutrem melhor, adoecendo menos, porém questiona tal inferência por outro raciocínio, quando das faltas por motivo odontológico, podendo apontar para uma maior preocupação com a manutenção da saúde bucal, quer por faltas relacionadas à terapêutica ou à prevenção, característica esta, prevalente em populações de nível sócio econômico e cultural diferenciados¹⁷.

Encontrou-se 337 afastamentos de origem odontológica em um quadro funcional de 973 servidores no período de 11 anos e 5 meses, porém alguns dos estudos analisados demonstram somente o tempo de levantamento e o número de afastamentos odontológicos, não correlacionando estes dados ao quadro do funcionalismo pesquisado, onde comparações e induções ficam prejudicadas^{4,18}. Já os dados utilizados em outra investigação foram obtidos junto ao Departamento Médico da Secretaria Municipal da Administração de São Paulo, compreenderam o período de 1996 a 2000, e contabilizaram 1.628 afastamentos, de um quadro geral de 115.564 servidores¹⁹. Comparativamente com o presente estudo, num quadro funcional 118,77 vezes maior, em um terço do período

de levantamento, o número de afastamentos foi apenas 4,83 vezes maior, apontando um índice de absenteísmo odontológico expressivamente menor. Da mesma forma que neste estudo, outros autores também não encontraram afastamentos de cunho odontológico superiores a períodos de 15 dias, que caracterizassem auxílio-doença ou auxílio-acidente/acidente de trabalho, prescritos e indicados pela odontologia, muito embora na legislação pertinente e vigente nada obste que tais modalidades de afastamentos sejam passíveis de serem atestadas pelo cirurgião-dentista no estrito âmbito da sua área de atuação profissional^{12,17}.

O total de dias perdidos neste estudo foi 425, enquanto em outra pesquisa a maior parte dos afastamentos por razões odontológicas teve a duração de 1 dia, sendo que levaram o trabalhador a afastar-se do labor por até no máximo 5 dias, atingindo um total de 89 dias, encontrando convergência parcial com o presente estudo quanto a média de perda de 1/1,25 dias de trabalho, porém o máximo encontrado foi 6,4 vezes maior que o apontado (5/32 dias no máximo); além de apresentar um quadro funcional total 4,26 vezes maior, com um período de levantamento 23 vezes menor, encontrando aproximadamente 0,21 vezes o total dos dias perdidos atribuídos¹⁷.

O índice de Absenteísmo Odontológico encontrado de 26,8% foi condizente com os achados históricos^{12,20,21,24-26}. Os fatores odontológicos que acarretam ausências ao trabalho são de interesse crescente dos setores público e privado em razão do contexto econômico competitivo e produtivo em que a sociedade se encontra, haja vista os elevados índices encontrados na literatura, razão esta que por si justifica a importância do estudo aprofundado e detalhado destes fatores.

Preponderou a condição de indeterminação da patologia atestada, caracterizada pela ausência da CID no Atestado, com 43,62%. A patologia de maior prevalência foi atribuída aos Dentes Inclusos, CID K01.0, com 8,61% dos atestados válidos. Neste universo de atestação, além das esperadas codificações com CID's de Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93), foram encontradas também Neoplasias (Tumores) com 3,86% das atestações. A Fratura dos ossos maxilares e mandibulares (CID S02.4) esteve presente em 0,89%, e os Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde (Z00-Z99) foram determinados em 1,19%. Em achados divergentes, as causas de afastamento foram classificadas por grupo, segundo a CID-10, sendo os

principais motivos as exodontias por via alveolar (24,94%); doenças da polpa e tecidos periapicais (17,81%); doenças periodontais (10,75%); transtornos das articulações temporomandibulares (ATMs) (7,8%); exodontias de inclusos ou impactados (6,88%); cirurgia para instalação de pilares implantodônticos (6,27%); provas e ajustamentos de prótese(s) (3,13%); transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes (2,46%); e enxerto de osso (2,21%)¹⁸. As patologias que deram causa ao absenteísmo dos trabalhadores foram a necessidade de exodontia com 69 ocorrências (87,3%), dor de origem dentária (7,6%) e doença gengival (5,1%)¹⁷. Com outra forma de classificação e apresentação, além de achados diferentes, relata-se que as causas de absenteísmo odontológico encontradas foram: consulta regular para tratamento com 20%, seguida de doença gengival com 4%, confecção de prótese com 2%, consulta para prevenção e exodontia com 1% em cada caso¹⁹.

A ausência da CID-10 na quase totalidade dos atestados odontológicos encontrados em sua pesquisa, para outros autores, pode ser a razão para o pequeno peso percentual representativo destas atestações odontológicas, pois para o abono das faltas ao trabalho por motivo de doença e pagamento dos respectivos salários é necessária a codificação de enfermidade¹⁶. Referem também que 64,4% dos dentistas indicam no atestado o ato praticado, o que sugeriria o desconhecimento do segredo profissional, ou do CID-10, que foi estabelecido para que os profissionais da área de saúde pudessem se comunicar sem descrever o tratamento realizado, não quebrando, assim, o sigilo profissional. Acreditam ainda que muitas empresas não acatam a Lei 6.215, que possibilita ao cirurgião-dentista “atestar no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive para justificação de faltas no emprego”, apenas aceitando o atestado odontológico no caso de urgências, como extrações e abscessos²⁶. Afirmando que o empregado pode até conhecer este direito, mas aceita, sem reclamar, a recusa do atestado pela possibilidade de perder o emprego ou de ter sua remuneração descontada.

Tais afirmações parecem corroborar parcialmente com o encontrado no presente estudo, muito embora concordemos que se deva aplicar aqui, tanto para a atestação quanto para a codificação do CID, os preceitos estabelecidos no Decreto 27.048/1949 que aprova o regulamento da Lei 605/1949 e nas Resoluções CFM 1.658/2002 e 1.851/2008, respectivamente, afim de que se cumpra o estabelecido na legislação

e nas normativas, e não se cogite a quebra do sigilo profissional, mesmo com a utilização da CID^{8,9,27,28}.

No que tange a referida legislação, parece-nos lícito compreender que a prerrogativa de aceitação do atestado médico ou odontológico é do perito da empresa empregadora. Portanto seria adequado que o diagnóstico, preferencialmente codificado, fosse incluído neste documento para que se evitassem contestações ou mesmo recusa deste, porém mais que justa e necessária se faz a anuência dos pacientes ou seus responsáveis, quanto à inclusão deste diagnóstico.

No presente estudo não foi verificada por parte da Instituição contratante qualquer resistência ou empecilhos quanto aos atestados odontológicos, seja com a CID ou não. É mais, parece que o cirurgião dentista não só desconhece a CID e os aspectos relevantes do sigilo profissional, como também a legislação e as normativas que regem a atestação médico-odontológica. Isto aponta para uma necessidade de se repensar a abordagem de tal tema nos cursos de graduação e pós-graduação, pois, muito embora na Medicina isto também seja verificado, na Odontologia parece ser um problema mais visceral. Outro nó crítico a se desfazer, parece ser a questão da aceitação ou não das atestações odontológicas por parte das empresas, que apontam para uma carência de conhecimento acerca da possibilidade legal desta modalidade de licenciamento, que claramente não é prerrogativa exclusiva da classe médica. Ademais, a celeuma da codificação ou não da CID nos atestados, do ponto de vista ético e legal, dificulta análises epidemiológicas e estatísticas das causas concretas do Absenteísmo e, conseqüentemente, compromete a elaboração de políticas preventivas da sua ocorrência. A solução para ambas as situações parece convergir para uma intermediação da figura da Odontologia do Trabalho como mediadora e subsidiária de conhecimento, além de entidade capaz de normatizar e dirimir conflitos de interesse neste processo e de auditar e fiscalizar os licenciamentos por motivos de saúde de razão odontológica, frente aos interesses empresariais e trabalhistas.

Ainda, os mesmos autores, afirmam que os agrupamentos “K00-K14” referentes às doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares, seriam os agrupamentos de responsabilidade do cirurgião-dentista, não existindo a possibilidade de utilização de uma CID da área médica para designar uma doença odontológica¹⁶. A presente pesquisa diverge em parte desta afirmação, uma vez que foi possível

encontrar outras CID's de outros agrupamentos, além das do grupo "K", desde que aplicadas dentro do âmbito de atuação da odontologia e suas especialidades.

Entre os atestados, 22,9% não apresentaram codificação segundo a CID, 7,1% apresentaram codificação segundo a CID-9 e 3,3%, segundo a CID-OE. Codificação segundo a CID-10 foi apresentada em 66,7% dos atestados¹¹. Tais resultados são concordantes com os encontrados no presente estudo, que, embora não tenha verificado outras codificações que não a da CID-10 ou a ausência desta, aponta para 43,62% de ausência da CID-10, e 56,38% da sua presença nos atestados investigados. Fica claro que a devida informação das causas do absenteísmo permite que a administração, seja pública ou privada, construa um fluxo do processo saúde-doença e busque métodos preventivos, e terapêuticos para essa população, visando uma melhora na condição de saúde desses trabalhadores, tornando o trabalho mais eficaz e produtivo, diminuindo por sua vez, custos desnecessários ou evitáveis, diretos e indiretos, na cadeia produtiva.

Sob outro aspecto, um estudo apresentou como principais motivos de afastamento asexodontias; cirurgia para instalação de implantes; transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes; exodontias de dentes impactados; transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação; doenças da polpa e dos tecidos periapicais (pulpite); doenças da polpa e dos tecidos periapicais (abscesso periapical sem fístula)¹¹. Concorda com o presente estudo nas possibilidades de codificações pela CID-10 que não se restrinjam somente ao capítulo das doenças do aparelho digestivo ("K"), mas diverge quanto a maior prevalência da patologia encontrada, atribuindo esta às exodontias, a despeito do presente

estudo apontar para os dentes retidos ou inclusos. A ausência considerável de especificação das patologias relacionadas ao afastamento nos atestados estabelece um viés na interpretação dos resultados quanto à possibilidade de aferição epidemiológica precisa das motivações do absenteísmo, e dificulta o planejamento de políticas preventivas para sua atenuação, uma vez que sua erradicação faz-se impossível.

CONCLUSÕES

Assim, parece lícito concluir que:

- Alta taxa de absenteísmo odontológico encontrada revela um índice substancial a ser encarado pelas instituições, públicas ou privadas, de maneira séria e preocupante;
- As patologias mais prevalentes e descritas nas atestações foram as doenças da polpa e dos tecidos periapicais, gengivite e doenças periodontais, e a cárie dentária, o que nos remete a uma reflexão acerca das deficiências das políticas de atenção primária à saúde bucal dos trabalhadores e como as mesmas vem sendo desenvolvidas, principalmente no que tange a sua efetividade;
- A presença marcante de atestações determinadas por patologias como a retenção dentária, dentes inclusos e impactados, implica no entendimento de que procedimentos de maior complexidade, focados em especialidades, vêm ganhando espaço neste cenário de atenção secundária;
- Denota-se a imperativa necessidade da presença da Odontologia do Trabalho como fonte reguladora destas questões relacionadas ao absenteísmo seja em empresas públicas ou privadas.

REFERÊNCIAS

1. Sales-Peres A, Olympio KPK, Cunha LSC, Bardal PAP. Odontologia do trabalho e Sistema Único de Saúde: uma reflexão. *Revista da ABENO*. 2004;4(1):38-41.
2. Carvalho ES, Hortense SR, Rodrigues LMV, Bastos JRM, Sales Peres A. Prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal do trabalhador. *RGO*. 2009;57(3):345-9.
3. Sales-Peres SHC, Sales-Peres A, Oliveira FT, Adachi A, Silva AL, Morandini ACF, et al. Absenteísmo: uma revisão da literatura sobre a ausência ao trabalho relacionada à odontologia. *Rev Odontol Araçatuba*. 2006;27(2):96-100.
4. Diacov N, Lima JRS. Absenteísmo odontológico. *Rev Odontol UNESP*. 1988;17(1/2):183-9.
5. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde; 10ª revisão. 5ª ed. São Paulo: EDUSP; 1995.
6. Pupo Nogueira D, Laurenti R. Absenteísmo por doença em mulheres. *Rev Saúde Pública*. 1975;9(3):393-9.
7. Carrion V. Nova jurisprudência em direito do trabalho. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1994.
8. Brasil. Decreto n. 27.048, de 12 de agosto de 1949. Aprova o regulamento da Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949, que dispõe sobre o repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d27048.htm>

9. Brasil. Lei n. 605, de 05 de janeiro de 1949. Dispõe sobre repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/10605.htm>.
10. Reis P, Ribeiro PCL. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho e o uso gerencial da informação. In: Mendes R, organizador. Patologia do trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003. p. 231-322.
11. Togna GRD, Crosato E, Melani RFH, Michel-Crosato E, Biazevic MGH. Uso da Classificação Internacional de Doenças na análise do absenteísmo odontológico. Rev Saude Publica. 2011;45(3):512-8.
12. Capelari MM, Aznar FDC, Andrade FJ, Freitas AR, Sales-Peres SHC, Sales-Peres A. Absenteísmo e atestações médico-odontológicas no serviço público: um estudo retrospectivo. Odonto. 2013;21(41):1-8.
13. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354640>>
14. Balasteghin FSMM, Morrone LC, Silva-Junior JS. Absenteísmo-doença de curta duração entre operadores de telemarketing. Rev Bras Med Trab. 2014;12(1):16-20.
15. Andrade TB, Souza MGC, Simões MPC, Andrade FB. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. Sci Med. 2008;18(4):166-71.
16. Oenning NSX, Carvalho FM, Lima VMC. Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. Rev Bras Saude Ocup. 2012;37(125):150-8.
17. Martins RJ, Garbin CAS, Garbin AJ, Moimaz SAS. Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado. Rev Bras Saude Ocup. 2005;30(111):9-15.
18. Carvalho CM, Coelho MP, Radicchi R. Absenteísmo por causas odontológicas em cooperativa de produtores rurais do Estado de Minas Gerais. UFES Rev Odontol. 2007;9(2):27-32.
19. Mazzilli LEN. Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000 [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
20. Coelho MP, Oliveira MA, Araújo VE, Carvalho CM. Absenteísmo por causas odontológicas em uma empresa agropecuária da Região Sudeste do Estado de Minas Gerais. Rev Bras Pesquisa em Saúde. 2010;12(1):14-8.
21. Reisine ST. Dental disease and workloss. J Dent Res. 1984;63(9):1158-61.
22. Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. Am J Public Health. 1992;82(12):1663-8.
23. Lacerda JT, Ribeiro JD, Ribeiro DM, Traebert J. Prevalência da dor orofacial e seu impacto no desempenho diário em trabalhadores das indústrias têxteis do município de Laguna, SC. Cien Saude Colet. 2011;16(10):4275-82.
24. Reisine ST. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. Am J Public Health. 1985;75(1):27-30.
25. Reisine ST, Miller J. A longitudinal study of work loss related to dental diseases. Soc Sci Med. 1985;21(12):1309-14.
26. Brasil. Lei 6.215, de 30 de junho de 1975. Altera a redação do item III do Artigo 6º da Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966, que "Regula o exercício da Odontologia". Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6215.htm>
27. Brasil. Resolução CFM 1.658/2002, de 13 de dezembro de 2002. Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais, Brasília, 20 dez 2002; sec. 1:422. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1658_2002.htm>
28. Brasil. Resolução CFM 1.851/2008, de 14 de agosto de 2008. Altera o art. 3º da Resolução CFM 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais, Brasília, 18 ago 2008; sec. 1:256. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2008/1851_2008.htm>

Endereço para correspondência: Marcos Maurício Capelari - Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo - Alameda Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 - CEP: 17012-901 - Cidade Universitária - Bauru (SP), Brasil - E-mail: marcosmcapelari@usp.br