



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

dos Reis Della Togna, Gisele; Crosato, Edgard; Haltenhoff Melani, Rodolfo Francisco;
Michel-Crosato, Edgard; Haye Biazovic, Maria Gabriela

Uso da Classificação Internacional de Doenças na análise do absenteísmo odontológico

Revista de Saúde Pública, vol. 45, núm. 3, junio, 2011, pp. 512-518

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240191009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Gisele dos Reis Della Togna^I

Edgard Crosato^{II}

Rodolfo Francisco Haltenhoff

Melani^{II}

Edgard Michel-Crosato^{II}

Maria Gabriela Haye Biazevic^{II}

Uso da Classificação Internacional de Doenças na análise do absenteísmo odontológico

Use of the International Classification of Diseases in the analysis of dental absenteeism

RESUMO

OBJETIVO: Comparar o uso das codificações da classificação de doenças e agravos em solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico.

MÉTODOS: Foram analisadas 240 solicitações emitidas em um serviço público federal entre janeiro de 2008 e dezembro de 2009. O uso da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10) foi comparado ao sistema de Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia (CID-OE). Foi determinada a especificidade da codificação nas solicitações de afastamento, bem como da codificação atribuída por peritos oficiais em inspeções indiretas, perícias e juntas odontológicas.

RESULTADOS: Do total de atestados, 22,9% não apresentaram a CID, 7,1% apresentaram a CID-9, 3,3% a CID-OE e 66,7% a CID-10. A maioria das codificações foi concordante (55,1%), com maior especificidade nas codificações atribuídas após avaliação dos cirurgiões-dentistas peritos oficiais.

CONCLUSÕES: É necessário aperfeiçoar a utilização da CID-10 entre os profissionais de Odontologia e perícia odontológica no trabalho. Sugere-se a incorporação do uso da CID-OE e da Classificação Internacional de Funcionamento, Incapacidade e Saúde para a análise dos afastamentos do trabalho, fornecendo dados relevantes para o monitoramento do absenteísmo por motivo odontológico.

DESCRITORES: Absenteísmo. Atestado de Saúde. Odontologia. Classificação Internacional de Doenças. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Classificação de Doenças.

^I Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Faculdade de Odontologia (FO). Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Odontologia Social. FO-USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Gisele dos Reis Della Togna
Av. Professor Lineu Prestes, 2227
Cidade Universitária
05508-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: giseletogna@usp.br

Recebido: 24/5/2010
Aprovado: 13/12/2010

ABSTRACT

OBJECTIVE: To compare the use of disease and injury classification codes in workplace absences requests due to dental causes.

METHODS: The study analyzed 240 requests in a federal public agency between January 2008 and December 2009. The use of the International Classification of Diseases - 10th Revision (ICD-10) was compared to the Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology (ICD-DA). The degree of specificity was determined for the codifications on workplace justifications, as well as for codifications assigned by official dental experts in indirect inspections and expert examinations.

RESULTS: Of the total number of dental certificates, 22.9% did not present the ICD, 7.1% used ICD-9, 3.3% used ICD-DA and 66.7% used ICD-10. The majority of codifications were concordant (55.1%), and greater specificity was found in codifications assigned after evaluation by official dental experts.

CONCLUSIONS: The results indicate the need to improve use of ICD-10 among dentists and official dental experts. For analysis of work absenteeism, it is suggested the use of ICD-DA and the International Classification of Functioning, Disability and Health, which provide relevant data for monitoring absenteeism due to dental reasons.

DESCRIPTORS: Absenteeism. Health Certificate. Dentistry. International Classification of Diseases. International Classification of Functioning, Disability and Health. Diseases Classification.

INTRODUÇÃO

Os programas de atenção à saúde bucal do trabalhador devem ser incentivados e desenvolvidos com base no conhecimento epidemiológico para promover a redução de doenças e a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

A valorização da informação epidemiológica na definição das políticas públicas da saúde reflete-se na qualidade dos sistemas de informação, tornando-os instrumentos importantes no planejamento e na tomada de decisões.⁸

As informações são centrais no processo de cuidados com a saúde. O registro completo de saúde é essencial para o acompanhamento adequado do trabalhador.

Os dados de morbidade representam as informações básicas para os estudos epidemiológicos e para o gerenciamento, planejamento, organização e avaliação dos serviços de saúde.^{10,13,14} Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),¹⁴ as informações de morbidade devem ser interpretadas com o conhecimento da qualidade dos dados e da confiabilidade do diagnóstico.

A forma da coleta, processamento, avaliação e utilização das informações deve seguir critérios técnicos eficazes, por meio de métodos que observem a integralidade do trabalhador, sua relação com o ambiente¹⁶

e possam abranger a riqueza e a complexidade dos fenômenos da saúde.¹

As classificações internacionais da OMS são ferramentas que auxiliam os profissionais de saúde do trabalhador na abordagem clínico-epidemiológica da saúde do indivíduo em relação ao seu trabalho.¹⁶ O conceito de uma família de classificações de saúde surgiu para análise mais abrangente do processo saúde-doença e para inserir dados além da informação sobre o diagnóstico.⁹ A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID -10), a Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia (CID-OE) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pertencem a esse conjunto de classificações.

O conhecimento da aplicabilidade e dos propósitos das classificações internacionais da OMS é indispensável para o fortalecimento e estruturação de um sistema de informação em saúde do trabalhador. A inserção dos dados de morbidade que geram afastamento laboral é essencial nesse processo.

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.^a É concedido mediante perícia ou junta oficial. A dispensa da perícia oficial é condicionada à apresentação de atestado médico ou odontológico que deverá conter o código da CID ou o diagnóstico.

A avaliação da licença pelos peritos oficiais exclusivamente com base no atestado e demais exames complementares é denominada inspeção indireta. A junta oficial é formada por pelo menos três peritos.

O atestado odontológico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado, salvo se houver divergência de entendimento por cirurgião-dentista perito oficial da instituição, profissional incumbido de realizar a perícia oficial e avaliar a incapacidade para o trabalho.^b

As recentes regulamentações que delimitam a atuação de 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. Isso contribui para a construção de um sistema de informações em saúde que subsidie ações e políticas de saúde bucal do trabalhador.^{b,c,d}

Portanto, é necessário o conhecimento aprofundado das ferramentas de classificação da OMS para a melhoria das informações periciais geradas na avaliação dos afastamentos do trabalho.

O objetivo do presente estudo foi comparar o uso das classificações de classificação de doenças e agravos em solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico.

MÉTODOS

Estudo realizado em um serviço público federal do Estado de São Paulo de janeiro de 2008 a dezembro de 2009. Existiam 3.518 servidores ativos em dezembro de 2009: 1.753 da capital e 1.765 de outros 37 municípios.

Foram analisadas as 240 solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico (105 de 2008 e 135 de 2009).

^a Brasil. Lei nº 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. *Diário Oficial Uniao*. 12 dez 1990[citado 2010 fev 24]:23935. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm

^b Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-87 de, 26 de maio de 2009. Normatiza a perícia e junta odontológica e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 01 jun 2009[citado 2010 fev 26]Seção1:103. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1356>

^c Decreto nº 7.003, 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. *Diário Oficial Uniao*. 10 nov 2009[citado 2009 nov 12]:2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7003.htm

^d Brasil. Lei nº 11.907, de 02 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre a reestruturação da composição remuneratória das Carreiras de Oficial de Chancelaria e de Assistente de Chancelaria. *Diário Oficial Uniao*. 03 fev 2009[citado 2010 fev 24]:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11907.htm

Os atestados foram classificados em quatro grupos: sem a CID (sem código, com descrição do diagnóstico ou do procedimento realizado); com a CID-9; com a CID-OE; e com a CID-10.

Para análise comparativa entre as codificações dos atestados e as codificações atribuídas pelos peritos, foram observadas as situações: concordante (codificação sem alterações ou inclusões); não concordante (atribuição de outra codificação pelos 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 categorias de três caracteres); acréscimo de codificação (codificação sem alterações e complementação com uma ou mais codificações).

Os capítulos da CID estão subdivididos em agrupamentos de categorias de três caracteres, que podem ser subdivididas em até dez subcategorias, com a inclusão de um quarto caractere.¹⁴

Para os atestados apresentados com a CID-OE, analisou-se a codificação até o quarto caractere e para aqueles com a CID-9, estabeleceu-se correspondência entre a CID-9 e a CID-10 e posterior análise da concordância.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (protocolo de número 111/2009, parecer de 10 de agosto de 2009).

RESULTADOS

As 240 solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico totalizaram 482 dias de afastamento. Os tipos de avaliação realizados estão descritos na Tabela 1, que mostra que a maioria das solicitações de afastamento foi avaliada por meio de inspeção indireta (70,0%).

Entre os atestados, 22,9% não apresentaram codificação segundo a CID; 7,1% apresentaram codificação segundo a CID-9 e 3,3%, segundo a CID-OE. Codificação segundo a CID-10 foi apresentada em 66,7% dos atestados.

Em 55,1% dos casos, houve concordância entre as codificações dos atestados odontológicos e as codificações atribuídas por peritos. A atribuição de outras

Tabela 1. Solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico segundo tipo de avaliação. São Paulo, 2008-2009.

Tipo de avaliação	n	%
Inspeção indireta	168	70,0
Perícia odontológica	54	22,5
Junta odontológica	18	7,5
Total	240	100,0

codificações foi mais freqüente nas avaliações por perícias e juntas odontológicas e o acréscimo de codificações em juntas odontológicas (Tabela 2).

Os acréscimos de codificação referiram-se à inclusão do código Z54.0 – convalescença após cirurgia.

Do total de codificações com o terceiro caractere, em 69% houve atribuição de codificação até o quarto caractere pelos cirurgiões-dentistas peritos oficiais (Tabela 3). A combinação de codificações refere-se ao uso de mais de um código da CID no mesmo atestado.

Após avaliação pericial, observaram-se 13 casos de manutenção da codificação em categorias de três caracteres, 45 casos de codificação em categoria residual (.8 ou .9) e três casos de codificação Z54.0 isolada (Tabela 4).

A Tabela 5 indica a relação entre as codificações com menor grau de especificidade e o tipo de avaliação realizada. A categoria residual .9 (sem outra especificação) foi a mais freqüente em todos os tipos de avaliação realizadas.

Considerada a diversidade de servidores (168), a maioria (76,2%) apresentou apenas uma solicitação de afastamento do trabalho em dois anos. Os servidores que se afastaram duas ou mais vezes (23,8%) representaram 46,7 % do total de solicitações.

Quanto aos servidores com mais de uma solicitação de afastamento, a distribuição foi a seguinte: 26 com duas solicitações (65%), oito com três solicitações (20%), quatro com quatro solicitações (10%), um com seis solicitações (2,5%) e um com 14 solicitações (2,5%).

Dos 112 casos de reapresentações, 15 foram prorrogações da licença e ocorreram na seqüência do término da

primeira solicitação e 26 apresentaram outra solicitação de afastamento nos 60 dias seguintes ao término da primeira solicitação.

As codificações foram distribuídas em cinco capítulos da CID-10: Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo (n = 209); Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (n = 27); Capítulo XIX – Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (n = 2); Capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (n = 1); e Capítulo XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade (n = 1).

Os principais motivos de afastamento, por ordem de prevalência, foram: exodontias; cirurgia para instalação de implantes; transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes; exodontias de dentes impactados; transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação; doenças da polpa e dos tecidos periapicais (pulpite); doenças da polpa e dos tecidos periapicais (abscesso periapical sem fistula).

O tempo médio de afastamento foi de dois dias (desvio padrão - DP: 2,6; moda: 1 dia; mediana: 1 dia).

O menor tempo médio (1 dia; dp: 0) observado foi para pulpite (K04.0) e o maior tempo médio (1,9 dia; dp: 0,7) para dentes impactados (K01.1) dentre os principais grupos nosológicos em freqüência.

DISCUSSÃO

Do total de atestados avaliados, 22,9% não continham a CID. Embora a CID-10 esteja em vigor desde 1993, 7,1% dos atestados apresentaram a codificação segundo a CID-9, sugerindo dificuldade no uso, na operacionalização ou desconhecimento da ferramenta de classificação. Além disso, houve inclusão de nova informação após avaliação pericial em 34,6% dos casos analisados.

O profissional de odontologia deve considerar a possibilidade de mais de uma codificação para melhor esclarecimento da situação de saúde analisada.¹² A possibilidade da combinação de codificações evita a perda de informações úteis para subsidiar a conclusão pericial. Em casos de codificação de enunciados diagnósticos múltiplos, deve-se considerar a hierarquização

Tabela 2. Codificações pela Classificação Internacional de Doenças após análise comparativa entre codificações apresentadas em atestados e codificações atribuídas em avaliação pericial. São Paulo, 2008-2009.

Codificação	Perícias		Juntas		Inspeções indiretas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Concordante	13	36,1	4	33,3	85	62,0	102	55,1
Não concordante	18	50,0	5	41,7	41	30,0	64	34,6
Acréscimo de codificação	5	13,9	3	25,0	11	8,0	19	10,3
Total	36	100,0	12	100,0	137	100,0	185	100,0

Tabela 3. Codificações dos atestados odontológicos segundo a especificidade. São Paulo, 2008- 2009.

Codificação	n	%
Codificação em nível do quarto caractere	114	71,3
Codificação em nível do terceiro caractere	42	26,2
Combinação de codificações	4	2,5
Total	160	100,0

Tabela 4. Distribuição das codificações após avaliação dos peritos segundo a especificidade. São Paulo, 2008-2009.

Codificação	n	%
Codificação em nível do quarto caractere	116	48,3
Combinação de codificações	63	26,3
Codificação em nível do terceiro caractere	13	5,4
Categoria residual (.8)	7	2,9
Categoria residual (.9)	38	15,8
Z54.0	3	1,3
Total	240	100,0

Tabela 5. Relação entre as codificações com menor grau de especificidade e o tipo de avaliação. São Paulo, 2008-2009.

Codificação	Inspeção Indireta	Perícia	Junta	Total
Codificação em nível do terceiro caractere	12	1	-	13
Categoria residual (.8)	6	1	-	7
Categoria residual (.9)	22	12	4	38
Z54.0	3	-	-	3
Total	43	14	4	61

das informações¹³ e respeitar as regras de seleção e codificação para morbidade.¹⁴ Nesta pesquisa, após a avaliação dos peritos, a combinação das codificações esteve presente em pouco mais de um quarto das solicitações de afastamento (26,3%); porém, o segundo código foi sempre o Z54.0 (convalescença após cirurgia), mostrando que não houve inclusão de um novo diagnóstico ao caso analisado.

A utilização das subcategorias de quatro caracteres da CID-10 confere maior detalhamento na descrição da condição de saúde observada, o que possibilita análise aprofundada dos diagnósticos estabelecidos e, consequentemente, decisão e ação mais eficazes. O profissional que utiliza os códigos deve, sempre que possível, buscar a maior especificidade para a classificação do diagnóstico em uma das categorias da CID.^{2,6,7,14} A CID-OE fornece o grau máximo de especificidade por meio de classificação mais abrangente e consistente para as doenças orais e manifestações bucais de outras doenças.^{3,18} A CID-OE foi pouco utilizada nas solicitações estudadas, o que sugere

necessidade de maior divulgação da classificação entre os cirurgiões-dentistas.

Os dados de morbidade compreenderam 34 subcategorias da CID com codificações em nível do quarto caractere dentro do agrupamento Doenças da Cavidade Oral, das Glândulas Salivares e dos Maxilares (K00-K14) do Capítulo XI Doenças do Aparelho Digestivo. Para 19 subcategorias (55,9%), a CID-OE oferece maior detalhamento do diagnóstico e poderia ser utilizada para a maioria das afecções codificadas segundo a CID-10, favorecendo a tomada de decisão em inspeções indiretas.

A alteração e o acréscimo de codificação que ocorreram após avaliações clínicas sugerem que informações mais adequadas e completas poderiam ser obtidas para a descrição da condição de saúde do trabalhador.

Os principais motivos que permitiram a inclusão da CID-10, a alteração e o acréscimo de codificações nas inspeções indiretas foram: presença da fundamentação diagnóstica ou descrição dos procedimentos realizados nos atestados odontológicos e análise da ficha clínica dos tratamentos odontológicos realizados por profissionais credenciados no programa de assistência odontológica na modalidade de autogestão do serviço público federal. Dentre os motivos listados, a descrição dos procedimentos realizados nos atestados foi a mais comum.

Para a informação ser a mais específica possível, as categorias residuais das classificações .8 e .9 devem ser evitadas.^{6,7} O quarto caractere .8 é usado para “outras” condições que pertençam à categoria de três caracteres e o .9 destina-se a significar o mesmo que o título da categoria de três caracteres, sem acréscimo de qualquer informação, ou como “não especificado”, habitualmente acrescentado ao título da categoria.¹⁴

A avaliação por cirurgiões-dentistas peritos oficiais possibilitou codificação da CID-10 nos atestados sem a CID ou com a CID-9 e a inclusão do quarto caractere nas codificações apresentadas em nível do terceiro caractere. Houve codificações em categorias pouco específicas em 25,4% dos casos, a maioria decorrente de inspeções indiretas, tornando impossível a melhoria da informação exclusivamente pelos atestados.

O uso isolado da codificação Z54.0 (convalescença após cirurgia), presente em três solicitações avaliadas por inspeções indiretas, não fornece informação sobre a condição de saúde que originou a necessidade cirúrgica,¹² já que não descreve nenhuma condição de morbidade. Recomenda-se, para esses casos, a realização de perícia.

Se há insuficiência ou deficiência na informação sobre a morbidade do periciando nos atestados apresentados

pelos servidores públicos federais, é função pericial buscar o aprimoramento da qualidade dessa informação.

Para melhorar a qualidade dessa informação, com atribuição de um código a um enunciado diagnóstico, é importante conhecer as regras de seleção da afecção principal para a tabulação dos registros de morbidade.¹⁴ O registro deve, sempre que possível, relacionar separadamente outras afecções ou problemas que foram tratados durante o atendimento. Recomenda-se que sejam realizadas codificações e análises de afecções múltiplas para melhorar os dados de rotina.^{5,11,14}

As condições de saúde codificadas em categorias residuais (.9) apresentaram maior variabilidade no tempo médio de afastamento, sugerindo que códigos mais específicos possibilitam definição mais precisa do número de dias necessários de afastamento do trabalho.

Cada indivíduo vivencia sua condição de saúde de forma diferente, mesmo portando a mesma patologia.¹⁵ Portanto, a mesma condição de saúde pode exigir períodos de afastamento diferenciados. O uso isolado da CID-10 não permite aprofundamento na análise dessas diferenças, que poderiam ser investigadas e registradas com o uso complementar da CID-OE e CIF.

A determinação do período de afastamento adequado à recuperação do paciente é fundamental para garantir o retorno ao trabalho no momento ideal, sem comprometer a capacidade para o trabalho e sem promover o absenteísmo de corpo presente (“presenteísmo”), prejudicando a saúde e o bem-estar do trabalhador.¹² O grau de retorno ao trabalho pode ser um indicador da qualidade das avaliações periciais.

O registro adequado das condições de saúde relacionadas às prorrogações de licenças para tratamento de saúde contribui para o estudo da incapacidade laborativa. Para prorrogações da licença, o uso adequado da CID-10 pode fornecer informações adicionais, ao permitir o registro, por exemplo, das complicações de procedimentos cirúrgicos.

Um dos preditores para o afastamento do trabalho é o episódio de perda de trabalho anterior.¹⁷ Dos servidores, 23,8% solicitaram mais de uma vez afastamento do

trabalho por motivo odontológico. Nesses casos, deve-se avaliar a codificação relacionada a cada solicitação para o aprofundamento da análise das causas do absenteísmo.

Os dados gerados em avaliações periciais permitem a estruturação de um banco de dados para o diagnóstico de uma situação⁴ e para a construção de indicadores relevantes ao monitoramento do absenteísmo.

O entendimento da lógica de escolha para a atribuição de um código ao enunciado diagnóstico é fundamental para gerar informação relevante. É importante adotar protocolos e estabelecer padronização e uniformidade nos critérios de seleção de códigos. Por conseguinte, a construção de protocolos técnicos periciais e a política de capacitação dos peritos são fundamentais para o aprimoramento da informação em saúde.

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

Os resultados deste estudo mostraram necessidade de aperfeiçoamento na utilização da CID-10 entre os profissionais de Odontologia e perícia odontológica no trabalho. Sugere-se também a realização de pesquisas com a aplicação da CIF em saúde bucal do trabalhador e maior divulgação das ferramentas de classificação da OMS entre os cirurgiões-dentistas. Além disso, mais estudos utilizando essas ferramentas se fazem necessários para permitir comparação entre experiências diversas.

Compreender o ser humano em sua totalidade em toda ação de saúde, incluindo a atividade pericial, tem importância significativa na definição de estratégias para a prevenção dos agravos à saúde e para implantar as ações de saúde necessárias.

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 o aprofundamento na análise dos aspectos relacionados ao afastamento do trabalho por motivo odontológico pela utilização adequada dos sistemas de classificação.

REFERÊNCIAS

1. Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia. *Rev Bras Epidemiol.* 2000;3(1-3):4-20. DOI:10.1590/S1415-790X2000000100002
2. Araújo ME. Classificação Internacional de Doenças (CID) de interesse para a área odontológica. In: Silva M. Compêndio de Odontologia Legal. São Paulo: Medsi; 1997. p. 345-87.
3. Bezroukov V. The application of the International Classification of Diseases to dentistry and stomatology. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1979; 7(1):21-4. DOI:10.1111/j.1600-0528.1979.tb01180.x
4. Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev Saude Publica.* 2002;36(3):337-42. DOI:10.1590/S0034-891020002000300013
5. Buchalla CM, Laurenti R, Ribeiro AF, Nitirini DR, Guarnieri CE, Carnaúba EL, Neves MACC. Avaliação do uso da Classificação Internacional de Doenças para codificar a síndrome da imunodeficiência adquirida. *Rev Saude Publica.* 1996;30(5):479-82. DOI:10.1590/S0034-89101996000500011
6. 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. DOI:10.1590/S1415-790X2001000200007
7. Gersenovic M. The ICD family of classification. *Methods Inf Med.* 1995;34(1-2):172-5.
8. 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. *Epidemiol Serv Saude.* 2004;13(3):135-47.
9. Laurenti R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Rev Saude Publica.* 1991;25(6):407-17. DOI:10.1590/S0034-89101991000600001
10. Laurenti R, Buchalla CM. O uso em epidemiologia da família de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde. *Cad Saude Publica.* 1999;15(4):685-700. DOI:10.1590/S0102-311X1999000400003
11. Martins M. Uso de medidas de comorbidades para predição de risco de óbito em pacientes hospitalizados. *Rev Saude Publica.* 2010;44(3):448-56. DOI: 10.1590/S0034-89102010005000003
12. Mazzilli LEN. Odontologia do Trabalho. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos; 2007.
13. Mendonça MCLG, Souza MSL, Nehmy RMQ, Cunha EGA, Bichuetti JAN, Santos AF. Avaliação dos dados nosológicos em prontuários ambulatoriais. *Cad Saude Publica.* 1990;6(3):293-305. DOI:10.1590/S0102-311X1990000300006
14. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-Décima Revisão. 8. ed. São Paulo: Edusp;2008. v.2.
15. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp;2003.
16. 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.
17. Reisine S, Miller J. A longitudinal study of work loss related to dental diseases. *Soc Sci Med.* 1985;21(12):1309-14. DOI:10.1016/0277-9536(85)90433-2
18. 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. DOI:10.1590/S1415-790X2001000200006

Resumo submetido à apresentação na XVIII Reunião de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo em 2011.

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Togna GRD apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo em 2010.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.