

Artigo Original de Pesquisa
Original Research Article

Modelo de atenção e saúde dos trabalhadores: perfil, ações e percepções dos dentistas da rede básica de Florianópolis (SC) na atenção à saúde dos trabalhadores

Tecnoassistencial model and workers health care: profile, practices and perceptions according to the dentists at the public health services in Florianópolis – Santa Catarina

Alex Elias LAMAS*

Claúdia Flemming COLUSSI**

Sérgio Fernando Torres de FREITAS***

Maria Cristina Marino CALVO****

Endereço para correspondência:

Address for correspondence:

Alex Elias Lamas

Rua Alberto Torres, 134 – ap. 203 – Cidade Baixa

Porto Alegre – RS – CEP 90050-080

E-mail: lamas.alex@gmail.com

* Mestre em Odontologia pela UFSC. Odontólogo da Assistência Social da Associação Hospitalar Moinhos de Vento.

** Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC.

*** Doutor em Odontologia. Professor associado do Departamento de Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC.

**** Doutora em Engenharia da Produção. Professora adjunta do Departamento de Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC.

Recebido em 23/9/08. Aceito em 6/11/08.

Received on September 23, 2008. Accepted on November 6, 2008.

Palavras-chave: atenção
primária à saúde;
saúde do trabalhador;
Odontologia do
Trabalho.

Resumo

Introdução e objetivo: Este artigo analisa a atenção à saúde do trabalhador disponibilizada pela rede pública de assistência à saúde bucal do município de Florianópolis (SC). A referência teórica circula pela história das políticas de saúde brasileiras, pela recentemente reconhecida especialização Odontologia do Trabalho,

pela reestruturação produtiva e pela moderna divisão do trabalho.

Material e métodos: Com base nessa revisão, foi estruturado um questionário aplicado aos dentistas da rede de saúde do município. Foram enviados 63 questionários de forma individualizada, obtendo-se 36,5% de participação dos dentistas da rede. **Resultados e conclusão:** As respostas obtidas estabeleceram o perfil e registraram percepções dos profissionais, permitindo analisar também as práticas desenvolvidas pelos serviços. Os resultados apontam para práticas e concepções ainda em desacordo com as proposições estabelecidas pela legislação em vigor no país no que se refere à atenção à saúde da população trabalhadora.

Keywords:

primary health attention; worker's health; Labour Dentistry.

Abstract

Introduction and objective: This article proposes the discussion of the public health services, specifically, the dental care for workers available in Florianópolis, Santa Catarina. The theoretical background went through the history of the Brazilian health policies, the recently recognized specialization called 'Labour Dentistry', the productive restructuring and the modern work organization. **Material and methods:** Based on this review, a questionnaire was built and applied to the dentists who work at the city of Florianópolis, in the state of Santa Catarina. 63 questionnaires were sent and a 36,5% rate of response was achieved. **Results and conclusion:** The data set the professionals profile and their perceptions on the issue, allowing also the analysis of the practices developed by the services. The results point to practices and perceptions still in disagreement to the propositions established by the Brazilian legislation which refer to workers health assistance.

Introdução

Tendo como ponto de apoio as conquistas políticas decorrentes da organização dos trabalhadores em saúde, registradas nas diretrizes das políticas públicas brasileiras e nas propostas da legislação em vigor, este trabalho estabelece o perfil dos dentistas em exercício na rede pública do município de Florianópolis (SC), analisa aspectos específicos de seu processo de trabalho e suas percepções acerca de algumas características dos modelos technoassistenciais estruturados historicamente no país. Para avaliar a atenção direcionada à população trabalhadora, adotada pelos serviços de saúde que disponibilizam atendimento odontológico, coloca-se a discussão sobre quais seriam as melhores práticas de atenção à saúde do trabalhador no que se refere ao cuidado odontológico.

Avanços importantes devem ser destacados e reafirmados no desenvolvimento das ações de saúde. Podemos citar as propostas para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) apresentadas pelas Diretrizes da

Política Nacional de Saúde Bucal. Nessas diretrizes o Ministério da Saúde defende a ideia de que, para a organização desse modelo, é fundamental que sejam pensadas "linhas do cuidado". Entre tais linhas está a atenção aos adultos, especialmente aos trabalhadores, que têm dificuldade de acesso às unidades de saúde no horário de trabalho convencional desses serviços, conduzindo ao agravamento dos problemas existentes, motivo de falta ao trabalho e também de perdas dentárias. Sugere-se, além de disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades desse grupo, integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e de segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos [3].

Concomitantemente à transição do sistema de saúde brasileiro de um modelo excludente e pouco resolutivo para um modelo universal, integral e participativo, há os efeitos do processo de globalização, que trazem inovações tecnológicas e estreitamento na comunicação global, na mesma medida em que restringem mundialmente a diversidade ideológica, econômica, política e

cultural. Conforme a avaliação de Dias [10], esse fenômeno, pioneiro em suas proporções na história da humanidade, cria uma lógica que define novas perspectivas em todos os setores da vida contemporânea, da disciplina entre capital e trabalho até a forma de organização da prestação dos serviços de saúde, passando pela alteração do perfil epidemiológico dos trabalhadores.

Revisando a história da organização do trabalho no século XX, podemos afirmar que suas características estiveram sempre voltadas para uma maior eficiência operacional, para a manutenção dos ciclos de crescimento econômico e para a acumulação capitalista [14]. Na chamada Terceira Revolução Industrial, no fim dos anos 1990, ocorreu a globalização dos conceitos de polivalência, de terceirização, da flexibilização [10]. Essas mudanças nas relações de trabalho geraram inicialmente um considerável acúmulo de capital, mas permaneceram ancoradas na superexploração da capacidade de trabalho dos indivíduos. Assim, nas palavras de Paula [15], a nocividade dos primórdios da industrialização não arrefeceu no início do século XXI, apenas se tornou mais complexa como as questões relativas ao “corpo de trabalho”.

Nem mesmo as inovações tecnológicas, os novos métodos gerenciais, a queda dos custos e o aumento da qualidade têm conseguido refrear a intensificação do trabalho, seu aumento de ritmo, a responsabilidade e a complexidade das tarefas. Como consequência, teremos um novo perfil epidemiológico, um intrincado mosaico de morbidades ocupacionais e não ocupacionais, uma dificuldade até mesmo de definição de quem são os trabalhadores, onde está o mundo do trabalho e a esfera da fábrica e da produção [10].

Reconhecendo nas conquistas teóricas do SUS um caráter inovador ao propor uma política de diminuição das desigualdades do país, esta pesquisa procura registrar, por intermédio da percepção dos profissionais da Odontologia, o direcionamento das ações dos serviços públicos. Utilizam-se, para construir a hipótese de trabalho e os parâmetros de análise, os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização, descentralização, controle social e participação popular). Ao relacionar tais dados com as condições que permitiram ou tolheram o desenvolvimento de novas tecnologias de trabalho em saúde, este estudo procura contribuir para a reflexão dos serviços de saúde na perspectiva de um novo modelo de atenção.

Material e métodos

Este trabalho realiza uma pesquisa de campo do tipo exploratório-descritivo, utilizando-se da técnica de amostragem probabilística por voluntários. No processo de elaboração do questionário, o assunto foi subdividido em temas e de cada um deles foi extraído um grupo de perguntas. O processo seguiu as diretrizes para a redação de perguntas propostas por Rea e Parker [19]. Os temas escolhidos para a composição do questionário foram definidos com base nos seguintes documentos:

- Portaria n.º 3.120, de 1.º de julho de 1998 – Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador [8];
- Portaria n.º 3.908, de 30 de outubro de 1998 – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador [9];
- Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, de janeiro de 2004 – Ministério da Saúde [3].

Para a consolidação e a distribuição do instrumento de pesquisa, foi realizada uma articulação com o Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (Cerest-SC), de forma a viabilizar e legitimar a intervenção dos pesquisadores nos serviços públicos. O questionário foi enviado por correspondência, acompanhado de uma carta explicativa, do termo de consentimento livre e esclarecido e do envelope de retorno com as taxas de postagem pagas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Projeto n.º 082-05).

Resultados

Dos 63 questionários emitidos de forma individualizada, 23 retornaram, o que representou 36,5% de participação dos dentistas da rede de atenção básica do município de Florianópolis. Se considerarmos a relação de retorno pelo número de unidades, 45,5% delas foram representadas (num total de 20 entre as 44 unidades municipais com atendimento odontológico). A quantidade de respostas oriundas das unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) foi proporcional à distribuição destas na rede, de 3 para 1. A noção de trabalho com território e usuários cadastrados, característica apregoadada pelo PSF, era realidade para 87% dos dentistas, no entanto apenas cinco unidades apresentavam uma proporção entre número de habitantes da área de abrangência por número de dentistas menor ou igual aos 3.500 habitantes preconizados pelo programa.

Os dentistas que participaram da pesquisa são todos oriundos de universidades públicas. Essa população tem uma predominância de profissionais do sexo masculino, que em média são mais velhos ($p = 0,0103$), são formados há mais tempo ($p = 0,0451$) e trabalham no setor público há mais tempo ($p = 0,0437$). Desses profissionais, 78% alegam não ter realizado nenhum curso de pós-graduação e 57% dizem que dificilmente recebem algum tipo de treinamento para atuar no setor público.

Para mais de 50% dos dentistas, a prioridade do serviço está direcionada ao atendimento de bebês até 1 ano. Pré-escolares, escolares e gestantes foram linhas de cuidado ressaltadas em seguida como merecedoras da prioridade de atendimento, perfazendo uma soma de 30,4%. Para 73,8% desses dentistas, o atendimento ao trabalhador está entre a quinta, a sexta ou a sétima prioridade.

Noventa e um por cento (91%) dos serviços são direcionados a algum tipo de atendimento para a população trabalhadora, e esse mesmo percentual não dispõe de um terceiro turno de atendimento que permita um maior acesso dessa população. Observa-se nas ações desenvolvidas pelos serviços a predominância das atividades clínicas (96% fazem atendimento clínico à população trabalhadora). Outras atividades, como visitas aos ambientes de trabalho (efetuadas por 9% dos serviços) ou campanhas de prevenção e de conscientização de riscos ocupacionais (realizadas por 13% dos serviços), são práticas com uma menor predominância entre as ações praticadas.

Quando questionados se recebiam ou produziam informações epidemiológicas que permitiriam a compreensão da situação de morbimortalidade da população em geral, 52% dos dentistas responderam que “dificilmente ou nunca”, 30% disseram que “sempre ou quase sempre” e 17% das respostas ficaram em branco. Quando a mesma pergunta foi direcionada à situação de morbimortalidade da população trabalhadora, a parcela de respostas “dificilmente ou nunca” subiu para 78%, contra 9% de “sempre ou quase sempre” e 13% de respostas em branco. Essas mesmas informações seriam sempre “divulgadas e discutidas com a comunidade” em apenas 9% dos serviços, ao passo que 73% responderam que dificilmente ou nunca estabelecem a prática de participação da comunidade e comunicação pública das informações de saúde, e 82% das respostas indicavam que dificilmente ou nunca ocorreria a participação dos trabalhadores-usuários na definição das ações desse serviço.

Parte dos serviços trabalha com planejamento e programação das ações, e 61% deles sempre ou quase sempre o fazem. A participação do dentista no planejamento e na programação é considerável: 66% participam. Metas para a produtividade de atendimento clínico, ou um controle sobre a produção de procedimentos, são estabelecidas sempre ou quase sempre para 43% dos dentistas e nunca ou dificilmente para 47%. Quando questionados sobre o estabelecimento de pactuações para a melhoria das condições de saúde da população ou o impacto das ações sobre a saúde da população, 52% responderam que tais pactuações sempre ou quase sempre ocorrem, e 43% percebem que dificilmente ou nunca existe esse tipo de verificação.

Sobre a importância do papel do estado na atenção à saúde do trabalhador, 95% pensam que o setor público tem responsabilidade total ou parcial nas ações relativas à saúde do trabalhador e 91% observam a centralidade da atenção básica na estruturação dessas intervenções.

Quando questionados se achavam que a forma de inserção dos indivíduos no mundo do trabalho apresentava algum reflexo sobre o processo de adoecimento, 83% dos dentistas acreditavam em uma forte relação. No entanto, ao serem inquiridos sobre a possibilidade de essa mesma relação ter como resultado alguma manifestação bucal, o número que acreditava nessa associação caiu para 43%.

Discussão

Constatamos uma evidente priorização de bebês, pré-escolares, escolares e gestantes no atendimento odontológico dos serviços, em detrimento dos demais usuários em outras fases da vida, como na adolescência, na terceira idade ou na fase adulta. Fica clara a influência de experiências como a da Atenção precoce em odontologia na estruturação do modelo municipal de saúde, perpetuando o achado de Botazzo et al. [2] de que a assistência aos adultos trabalhadores é ofertada de modo irregular e que a criança continua a ser o grupo social de eleição para os serviços públicos odontológicos. Exemplifica essa realidade o fato de que a rede não disponibiliza profissionais nem auxiliares para um terceiro turno de atendimento para a população trabalhadora, apesar da base programática e filosófica do SUS, que defende o sistema de saúde para todos os brasileiros, como também preconiza Roncalli et al. [16]. A estratégia em curso no país e no município de reorganização do modelo assistencial tendo por base a atenção primária ainda inspira alguns

ajustes para que se supere a histórica exclusão de determinadas parcelas da população do direito ao acesso aos serviços de saúde.

Esse panorama da organização dos serviços, excludente em última análise, estrutura-se a despeito de evidências que sugerem relação entre a ocupação e a condição de saúde bucal dos indivíduos [1, 4, 11, 18, 20]. Tais evidências são reafirmadas pelo Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira [13], que demonstra a necessidade de uma maior atenção exatamente aos grupos populacionais historicamente preteridos no atendimento odontológico e, não por acaso, com piores indicadores de saúde bucal.

A tentativa de inversão de uma demanda espontânea para uma demanda programada é realidade para metade dos entrevistados, e o PSF parece ter uma participação importante nessa iniciativa. Mas a possibilidade de organização da demanda, direcionando recursos e esforços para detecção de riscos e dos grupos mais vulneráveis, não contempla o grupo da população trabalhadora. Ainda que 91% dos serviços realizem o atendimento de trabalhadores, nenhum deles disponibiliza um terceiro turno de atendimento de forma a facilitar o acesso, conforme preconizam as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004, que sugerem, “além de disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção a este grupo, integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos” [3].

A Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador tem por finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e a integração das ações de governo no campo das relações de produção-consumo, ambiente e saúde. Atribui responsabilidade institucional ao Ministério da Saúde como gestor do SUS em “promover a incorporação das ações de atenção de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, organizada por níveis de complexidade crescente, na atenção básica, serviços de urgência e emergência, na média e alta complexidade” [7]. A aproximação da atenção odontológica com os Programas de Saúde do Trabalhador e Segurança do Trabalho ainda é demasiado tímida, conforme demonstram os resultados. A articulação entre os serviços e os Programas de Saúde do Trabalhador não é realidade para nenhum dos dentistas participantes da pesquisa.

Na análise da interdisciplinaridade observamos outro exemplo da forma com que se estabelecem as práticas quando direcionadas aos trabalhadores. Quando o atendimento se destina à população em geral, 91% dos dentistas afirmam atuar de forma conjunta com outros profissionais. Na resolução de problemas de saúde específicos da população trabalhadora, esse número passa a 30%. Vale lembrar que as publicações institucionais do Ministério da Saúde e da legislação brasileira atual buscam um conceito ampliado de saúde do trabalhador e defendem que “o fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial” [5].

Assegurar o direito à informação sobre a saúde parece ser um desafio ainda maior para o usuário trabalhador. Apenas um a cada dez dentistas democratiza essas informações com os usuários, e 82% das respostas apontavam que dificilmente ou nunca ocorreria a participação dos trabalhadores-usuários na definição das ações desse serviço. Nenhuma resposta apontava que tal prática fosse instituída de forma permanente. O espaço do Conselho Local ou Municipal de Saúde enquanto instrumento de controle social, participação, comunicação, planejamento e debate é pouco utilizado pelos profissionais – apenas um a cada cinco participa com frequência das reuniões. Em parte podemos associar essas características às próprias ações dos serviços, centradas predominantemente nas atividades clínicas, relegando a um segundo plano as atividades de coleta de informações ou de comunicação com os usuários.

A NOST-SUS define em seu artigo 1.º que as ações de saúde do trabalhador, urbano ou rural, devem partir dos pressupostos de universalidade, equidade, integralidade, direito à informação sobre a saúde, controle social, regionalização e hierarquização e utilização do critério epidemiológico [6]. Se as diretrizes do SUS já não recebem uma apropriada atenção dos profissionais de saúde na definição de suas práticas voltadas para a população em geral, quando as ações são direcionadas à população trabalhadora essas diretrizes passam a ser ainda menos presentes. O distanciamento existente entre a teoria e a prática, apontado por Lacaz [12], é evidenciado segundo o mesmo autor na “extensão de cobertura da assistência médica e a criação de estruturas básicas de gerenciamento dos serviços de saúde não construindo com nitidez as bases do SUS”. Assim, um embate importante ao discutir a proposta programática em saúde dos trabalhadores, ainda segundo Lacaz [12], e reforçado pelos achados desta pesquisa consiste na “séria dificuldade que é

a não sensibilização dos profissionais de saúde da rede básica para os problemas de saúde relacionados com o trabalho”.

Pactuações para a melhoria das condições de saúde da população, ou o impacto das ações sobre a saúde da população, sobrepõem-se às metas para a produtividade de atendimento clínico, de acordo com os pesquisados. Ainda que não seja possível por meio deste estudo efetuar uma avaliação qualitativa do planejamento estabelecido pelos serviços, a simples presença dessa prática determinando as ações em saúde bucal já indica um avanço em relação aos modelos anteriores, em que a definição das prioridades ocorria de forma verticalizada, alheia às realidades locais. Em suma, existem propostas na realidade estudada de centrar as metas não na produção de consultas/procedimentos, mas no estabelecimento de pactuações que visem primordialmente à melhoria das condições de saúde da população.

Para Roncalli [17], promoção, proteção, recuperação e reabilitação supõem estabelecer uma integralidade na atenção, tanto no ato profissional quanto do ponto de vista de modelo assistencial. A centralidade do atendimento clínico em detrimento de ações que representariam a capacidade de entendimento da situação de morbimortalidade e comunicação com os usuários no rol das ações dos serviços permite-nos sugerir que na rede de atenção básica do município de Florianópolis são restritas as iniciativas que privilegiam uma atenção integral buscando a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde do trabalhador, tanto na organização dos serviços quanto no cuidado individualizado.

Reforça essa possibilidade a percepção relativa ao papel do trabalho no estabelecimento do adoecimento e da saúde bucal. Ainda que os profissionais percebam a importância do papel do estado na atenção à saúde do trabalhador, a importância da centralidade da atenção básica na estruturação dessa intervenção e a forte relação entre trabalho e adoecimento, quando inquiridos sobre a possibilidade de tal relação ter como resultado alguma manifestação bucal, acabam se situando de maneira periférica, enquanto trabalhadores da rede pública de saúde, na atenção dessa população.

O papel preponderante da universidade pública na formação dos profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde é corroborado pelo fato de que todos os participantes da presente pesquisa são oriundos dessas instituições. Mesmo que as características dessa formação não tenham sido analisadas aqui, esse é um dado que por si só permite

pensar que a gênese das condutas e percepções de uma parcela significativa dos dentistas da cidade de Florianópolis ocorre em universidades públicas. Por conseguinte, as reflexões subjacentes falam, também, da realidade das instituições públicas de ensino superior.

No que se refere especificamente à formação desses profissionais para a atenção da população trabalhadora, as respostas sugerem que o tema foi tangenciado pelas instituições de ensino, já que 87% responderam que não frequentaram nenhuma disciplina na graduação que abordasse o tema “Saúde do trabalhador”.

Conclusão

Entre os diversos atores envolvidos na atenção à saúde dos trabalhadores, foi descrita de forma central a posição dos dentistas. Naturalmente, sobre esse grupo incidiram o foco e a crítica deste texto. Ainda que tais indivíduos estejam situados na interface entre o Sistema de Saúde e o usuário, culpabilizar o trabalhador da saúde é incorrer em erro, por reduzir o problema e afastar-se de qualquer solução. Esses profissionais são os potenciais agentes das mudanças necessárias aos serviços e consequentemente da própria inversão do modelo assistencial.

A capilaridade das conquistas conceituais e da legislação vigente em saúde do trabalhador só tem alguma possibilidade de concretização após o aprofundamento do processo de qualificação e desenvolvimento de novas competências para os profissionais da rede. Para tanto, mais uma vez devem ocorrer a aproximação e o diálogo entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários do sistema em torno da questão específica da atenção à saúde dos trabalhadores.

Aos gestores municipais fica a perspectiva de que, para o estabelecimento de melhores práticas no cuidado odontológico, devem ser refundadas as relações entre os serviços de saúde e os Programas de Atenção à Saúde do Trabalhador. O atual desenho, de um serviço que nem sequer tangencia os Programas de Saúde do Trabalhador, resulta no estabelecimento de ações centradas na clínica e na doença, incapazes de vislumbrar intervenções de impacto na realidade e nas condições de saúde dos trabalhadores.

Pensar a atenção ao trabalhador de forma descontextualizada das construções da reforma sanitária brasileira é uma limitação com reflexos evidentes no perfil profissional do egresso da universidade. Eis aí um ponto crucial de

debate nas reformas em curso na universidade brasileira. Promover uma discussão aprofundada é caminhar para as reais necessidades da população trabalhadora. Estaríamos nesse momento bem mais próximos de uma abertura do acesso ao cuidado odontológico da população trabalhadora, excluída tantas vezes quando as prioridades em saúde bucal são estabelecidas. Estaríamos nos aproximando também da superação das práticas mutiladoras que marcaram o atendimento odontológico aos trabalhadores brasileiros e transcendendo para a lógica do acompanhamento, do vínculo e do cuidado, ao pensar em disponibilizar melhores tecnologias de diagnóstico e terapêutica e novas tecnologias de produção de saúde.

Este trabalho acaba por deparar com questões de proporções bem maiores do que o artigo poderia comportar. Porém ressaltar a correlação direta entre a realidade do mundo dos trabalhadores e a área de atuação do profissional da odontologia, explicitando alguns de seus desafios atuais, é proposta que esperamos ter registrado, e que este registro venha a contribuir no estabelecimento dos embates futuros do cuidado odontológico com o trabalhador.

Agradecimentos

Nossa gratidão aos profissionais da rede de saúde de Florianópolis que acolheram a proposta do estudo, pacientemente responderam ao aprofundado questionário e retornaram com desprendimento o instrumento de pesquisa de forma concomitante ao seu trabalho diário nos serviços de saúde municipais. Destacamos também a importante contribuição da equipe do Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador de Santa Catarina, cuja disponibilidade para com os pesquisadores e cuja dedicação na defesa do direito à saúde dos trabalhadores esperamos retribuir com a publicação deste artigo.

Referências

1. Araújo ME, Marcucci G. Estudo da prevalência das manifestações bucais decorrentes de agentes químicos no processo de galvanoplastia: sua importância para a área de saúde bucal do trabalhador. *Odontologia e Sociedade*. 2000;2(1/2):20-5.
2. Botazzo C, Bertolini SR, Corvelho VM. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. *Saúde Debate*. 1995 Jun;10:43-53.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004 Jan [acesso em 2004 Mar 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças do sistema digestivo relacionadas ao trabalho: grupo XI da CID-10. In: _____. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília; 2001. p. 363-86.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ações em saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no nível local de saúde. In: _____. Saúde do trabalhador: Cadernos de atenção básica n.º 5. Brasília; 2002. p. 15-32.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de saúde do trabalhador: legislação. Brasília; 2001 [acesso em 2004 Mar 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalhador_leg.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília; 2004 [acesso em 2004 Mar 10]. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/docs/pdf/pnsst_CNPS.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.120, de 1.º de julho de 1998. Aprovou a instrução normativa em vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Brasília; 1998.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.098, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS. Brasília; 1998.
10. Dias EC. Organização da atenção à saúde no trabalho. In: Ferreira Júnior M. Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca; 2000. p. 3-28.
11. Ferraz C, Bellini HT. Condições dentárias de um grupo de trabalhadores adultos em Jundiá. *Rev Ass Paul Cirurg Dent*. 1983 Jul/Aug;37(4):330-5.
12. Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(2).

13. Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira. 2003 [acesso em 2005 Dec 18]. Disponível em: www.saude.rs.gov/saude_bucal/projeto_sb_gaucho.php.

14. Monteiro MS, Gomes JR. De Taylor ao modelo japonês: modificações ocorridas nos modelos de organização do trabalho e a participação no trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 1998 Dec;(93/94):29-37.

15. Paula JA. A atualidade do programa do manifesto. In: Reis Filho DA. *O manifesto comunista 150 anos depois*. São Paulo: Contraponto; 1998. p.139-53.

16. Roncalli AG, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*. 1999 Jan/Mar;2(2):8-14.

17. Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 28-49.

18. Silva DRAD. Percepção de condições de saúde bucal em adultos trabalhadores [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.

19. Rea LM, Parker RA. *Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução*. São Paulo: Thompson; 2002.

20. Vianna MIP, Santana VS. Exposição ocupacional a névoas ácidas e alterações bucais: uma revisão. *Cad Saúde Pública*. 2001 Nov/Dec;17(6):1.335-44.