

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ALEX ELIAS LAMAS

**SAÚDE BUCAL COLETIVA E SAÚDE DO
TRABALHADOR: REPENSANDO AS PRÁTICAS DOS
SERVIÇOS PÚBLICOS PARA UM NOVO MODELO DE
ATENÇÃO**

FLORIANÓPOLIS

2006

ALEX ELIAS LAMAS

SAÚDE BUCAL COLETIVA E SAÚDE DO TRABALHADOR: REPENSANDO
AS PRÁTICAS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS PARA UM NOVO MODELO DE
ATENÇÃO

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA,
SOB A ORIENTAÇÃO DA DOUTORA MARIA CRISTINA MARINO CALVO
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ODONTOLOGIA

FLORIANÓPOLIS

2006

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, pela compreensão e apoio no meu longo período de ausência.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação, pelas árduas discussões e pelos momentos agradáveis de descontração.

À equipe do Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador de Santa Catarina, pela paciente e preciosa colaboração no desenvolvimento do projeto de pesquisa.

A serenidade, o respeito, a capacidade e a dedicação dispensada na orientação deste trabalho pela Professora Maria Cristina Marino Calvo será eternamente lembrada por este orientando e amigo.

A área da saúde do trabalhador, no Brasil, tem uma conotação própria, reflexo da trajetória que lhe deu origem e vem constituindo seu marco referencial e metodológico. A princípio é uma meta, um horizonte, uma vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores, sob premissas nem sempre explicitadas.

O compromisso com a mudança do intrincado quadro de saúde da população trabalhadora é seu pilar fundamental, o que supõe desde o agir político, jurídico e técnico, ao posicionamento ético, obrigando a definições claras diante de um longo e, presumidamente, conturbado percurso a seguir.

CARLOS MINAYO-GOMEZ e
SÔNIA MARIA DA FONSECA THEDIM-COSTA,
em *A construção do campo da saúde do trabalhador:
percursos e dilemas*, 1997, p. 24.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Índice de Frequência de acidentes de trabalho por 100.000 segurados no Brasil de 1975 a 1987.	37
ARTIGO 2	
Tabela 1 – Valores médios de idade (anos), tempo de formado (anos) e tempo de serviço público (anos), dos odontólogos, segundo sexo. Florianópolis, 2005.....	104
Tabela 2 – Distribuição de odontólogos e auxiliares por turno de atendimento. Florianópolis 2005	105
Tabela 3 – Percentual de profissionais segundo sua prioridade para atendimento odontológico.	105
Tabela 4 – Tipo de acesso dos usuários ao serviço e tipo de organização da atenção básica.	106
Tabela 5 – Percentual de respostas positivas para as atividades desenvolvidas pelos serviços segundo tipo de organização da atenção básica.	107

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1 - Lista de doenças do sistema digestivo, relacionadas ao trabalho, de acordo com a portaria/MS n.º 1.339/1999.	54
Quadro 2 – Número total de unidades e de profissionais convidados a participar do estudo.	64
Figura 1 - Eixos do questionário.	69

CAPÍTULO I

RESUMO

Nesta dissertação submetida à Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia, é proposta a discussão do cuidado odontológico ofertado pelos serviços públicos de saúde à população trabalhadora do Município de Florianópolis, Santa Catarina. Para tanto, a referência teórica perpassa a história do estabelecimento das ações de saúde no Brasil, o recente reconhecimento da especialidade da ‘Odontologia do Trabalho’ pelo Conselho Federal de Odontologia, e questões como a ‘Reestruturação Produtiva’, a organização contemporânea do trabalho e a estruturação do conceito de ‘Saúde do Trabalhador’.

A costura destes temas, aparentemente inviável dentro de um trabalho de pesquisa limitado pelo tempo de um curso de mestrado, foi possível por não objetivar que o tema fosse esgotado, mas sim, que um olhar crítico e contextualizado fosse lançado sobre a questão; atento ao momento político brasileiro, registrando no texto a discussão do papel da Universidade Pública e do próprio papel do Estado na garantia dos direitos básicos do cidadão.

Realizada uma breve revisão da história de formação das políticas públicas de saúde brasileiras, das propostas de atenção à saúde do trabalhador e das manifestações orais de doenças ocupacionais mais prevalentes, foi estruturado um trabalho empírico para investigar a atenção à

saúde bucal do trabalhador em Florianópolis-SC, correlacionando os achados com as diretrizes e propostas da legislação em vigor. Estes dados permitiram o estabelecimento do perfil dos odontólogos em exercício no serviço público de saúde de Florianópolis e a análise das ações referentes à saúde do trabalhador adotadas por estes serviços de saúde bucal.

Alicerçados na revisão e no trabalho empírico, foram produzidos dois artigos: “Saúde do trabalhador e a atenção odontológica: entre o cuidado e a superespecialização”, submetido à revista *Saúde em Debate* e “Modelo tecnoassistencial e a atenção aos trabalhadores: perfil, ações e percepções dos odontólogos da rede básica de Florianópolis – SC”, submetido à revista *Odonto Ciência*, ambos apresentados como resultados desta dissertação.

Entre os desdobramentos esperados ressaltamos a possibilidade de desenvolvimento de novas tecnologias de produção de saúde, que direcionem os serviços para um novo modelo de atenção integral à saúde. Foram propostas estratégias de ação à Coordenação de Saúde do Trabalhador do Estado de Santa Catarina e aos serviços participantes do estudo. A contribuição para a subsequente discussão acadêmica ocorre ao reafirmar as conquistas teóricas do Sistema Único de Saúde enquanto proposta de diminuição das desigualdades do país.

ABSTRACT

This paper, submitted to the Federal University of Santa Catarina in order to obtain the degree of Master in Dentistry, proposes the discussion of the dental care offered by the Public Health Services of Florianópolis, Santa Catarina, to its working population. For that, the theoretical reference goes through the history of the Brazilian health practices, the recently recognized area called “Labour Dentistry” and matters such as the “Production Restructure”, the modern work organization and the concept’s structure of ‘Worker’s Health’.

Linking all these issues, apparently not feasible considering the limited time allowed for the conclusion of this research, became plausible when the efforts were directed not into exhausting the subject, but affirming a critical and contextualized point of view, considering the Brazilian political moment, the discussion of the Public University role and the State’s role in guaranteeing the basic rights of its citizens.

After a brief review of the public health policies evolution, of proposals for workers health’s attention, and of the more common manifestations of oral occupational diseases, an experiment was created to investigate the attention to the oral health of workers in Florianópolis, in the state of Santa Catarina, correlating the findings with the current legislation. The acquired data allowed us to set a profile of dentists working in the public health services and to analyze the practices that refer to workers health adopted by these services.

Based on the theoretical review and upon the experiment, two articles were conceived: “Worker’s health and dental assistance: between care and over-specialization.”, submitted to *Saúde em Debate* journal and “Tecnossistencial model and workers health care: profile, practices and concepts according to the dentists of the public health services in Florianópolis, SC.” submitted to *Odonto Ciência* journal, both presented as results of this study.

Among the results expected from this study, are the development of new health-production technologies, that would direct the services into a new holistic health attention model, and the proposal of action strategies to the *Worker’s Health Department of the State of Santa Catarina* and their participant services. A third contribution may stand on the academic debate field, with the affirmation of the theoretical conquests by the *Sistema Único de Saúde* while proposing the reduction of social iniquities in Brazil.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

CAPÍTULO I

RESUMO

ABSTRACT

CAPÍTULO II

2.1 INTRODUÇÃO	14
2.1.1 JUSTIFICATIVA	17
2.1.2 OBJETIVOS	19
2.1.2.1 Objetivo Geral	19
2.1.2.2 Objetivos Específicos.....	19
2.1.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	20

2.2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.2.1 HISTÓRIA	21
2.2.1.1 Políticas públicas de saúde brasileiras do século XX	21
2.2.1.2 Algumas terminologias e concepções sobre Saúde do Trabalhador	25
2.2.2 PANORAMA	30
2.2.2.1 A organização contemporânea do trabalho	30
2.2.2.2 Contextos político-econômicos e a luta por melhores práticas em Saúde do Trabalhador	36
2.2.2.3 Tópicos da legislação vigente em Saúde do Trabalhador.....	47
2.2.2.4 Reconhecimento e regulamentação da especialidade Odontologia do Trabalho pelo Conselho Federal de Odontologia.....	52
2.2.3 PERSPECTIVAS	52
2.2.3.1 Desafios para a atenção odontológica ao trabalhador: a organização dos serviços de odontologia frente às manifestações orais de doenças ocupacionais.....	52
2.3 MÉTODO	63
2.3.1 TIPO DE PESQUISA	63
2.3.2 LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO	63
2.3.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA	64
2.3.4 PROCEDIMENTOS E INTERVENÇÕES	65
2.3.4.1 Estruturação do instrumento de pesquisa	65
2.3.4.2 Distribuição dos instrumentos de pesquisa e coleta dos dados	69
2.3.5. PRECEITOS ÉTICOS NA PESQUISA COM SERES HUMANOS	70

CAPÍTULO III

3.1 RESULTADOS	71
3.1.1 Saúde do trabalhador e a atenção odontológica: entre o cuidado e a superespecialização	71
3.1.2 Modelo tecnoassistencial e a atenção aos trabalhadores: perfil, ações e percepções dos odontólogos da rede básica de Florianópolis - SC.	90

CAPÍTULO IV

REFERÊNCIAS	123
-------------------	-----

CAPÍTULO V

ANEXOS	131
ANEXO A APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC	132
APÊNDICES	133
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	134
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA	135
APÊNDICE C - UNIDADES DE SAÚDE COM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM FLORIANÓPOLIS	138

CAPÍTULO II

2.1 INTRODUÇÃO

O Brasil do início do século XXI procura sedimentar algo inconstante em sua história política: um período democrático. As contradições e embates deste momento apresentam reflexos evidentes na construção de estratégias de mudança do sistema de saúde. Com raízes no processo de “abertura democrática”, as políticas públicas de saúde brasileiras representam seguramente um espaço diferenciado pelo fato de, mesmo sob a influência de propostas e de concepções remanescentes de momentos anteriores, não restringirem totalmente a possibilidade de caminhos alternativos.

Paralelamente a esta transição, de um modelo de saúde excludente e pouco resolutivo, para um modelo alternativo, universal, integral, participativo, e com a pretensão de influir na melhoria das condições de vida e saúde dos indivíduos, acompanhamos os efeitos de um processo de globalização que traz consigo inovações tecnológicas e estreitamento na comunicação global na mesma medida em que restringe mundialmente a diversidade ideológica, econômica, política e cultural.

Esse fenômeno, pioneiro em 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 à forma de organização da prestação dos serviços de saúde, passando pela alteração do perfil epidemiológico dos trabalhadores. (DIAS, 2000).

Periferização das tecnologias poluidoras, monetarização da insalubridade, precarização dos contratos de trabalho, desemprego estrutural, falta de programas organizados para atenção à saúde do trabalhador fazem parte de um panorama decorrente de questões políticas regionais e globais como os pontuados anteriormente. Essa problemática, desafio que se impõe aos profissionais da saúde e que permanece distante dos currículos do ensino superior das ciências da saúde e das discussões acadêmicas, deu origem ao objeto deste trabalho de pesquisa: a atenção à saúde do trabalhador pelo profissional da Odontologia.

Moysés (2004) estabelece duas questões que permeiam a discussão sobre a estruturação das práticas do profissional da odontologia. Uma delas é o esgotamento do modelo que alimentou o ensino e a prática de gerações de dentistas. Prova maior deste esgotamento é o fato de existirem milhares de profissionais vivendo o efeito arrasador da ocupação precária e milhões de pessoas sem respostas aos seus problemas de saúde bucal. Sobre este modelo ainda dominante, o autor problematiza dizendo que, sob a lógica da competência técnica para o mercado privado e para a atenção curadora, não se produzem sujeitos políticos capazes de protagonizar novas aberturas para a sociedade e para a profissão. E aponta que o papel tradicionalmente atribuído pelo mercado para o dentista deve ser progressivamente substituído por novos papéis, com um retorno radical e historicamente contextualizado à agenda da Reforma Sanitária Brasileira.

Estas afirmativas, transplantadas ao tema específico da saúde do trabalhador, reafirmam a necessidade de reflexão acerca da tendência à priorização de uma lógica determinada pelas leis

de mercado em detrimento ao resgate, prevenção, promoção e manutenção da saúde do trabalhador, reproduzida também pelo odontólogo.

Atualmente as intervenções em saúde, mesmo buscando a participação ampliada e reconhecendo a necessidade de suplantar modelos anteriores, tendem a estarem submetidas à lógica da supressão do papel do estado e sujeitas ao discurso mercadológico. Todo o aparato de assistência à saúde do século passado foi evidentemente mais bem sucedido em garantir o acúmulo de capital do complexo industrial-assistencial, do que em garantir os direitos básicos de saúde, cidadania, renda e acesso aos serviços de saúde. A organização dos serviços de saúde e a formação dos recursos humanos, no caso específico da atenção à saúde do trabalhador sofreram, e sofrem, com este intrincado embate de modelos. Prova maior desta constatação é que no Brasil do século XX não foi capaz de garantir que o trabalhador percorresse sua vida profissional sem que parcela de sua saúde, ou muitas vezes sua própria vida, lhe fosse subtraída.

Neste trabalho buscamos resgatar que, não por acaso, foi no período de redemocratização do país que surgiu a consolidação de uma nova proposta de oferta de serviços públicos, ou de um novo modelo de atenção¹, onde devemos avançar para novos métodos de trabalho, novos conceitos, novos sujeitos e novos objetivos, como acreditam Teixeira, Paim e Vilasboas (1998), e perceber que é necessária a superação de modelos anteriores (sanitarista-campanhista e médico-assistencial-privatista) conforme Mendes (1999) ou “modelos agudocêntricos responsáveis pela exclusão de grande parte da população do país do seu direito à saúde”² (2005).

¹ Utilizar o termo modelo assistencial é, segundo Narvai (1992) referir-se estritamente às ações dirigidas aos consumidores individuais, doentes ou não, por sua vez, a utilização do termo modelo de atenção, englobaria não apenas a assistência, mas também o conjunto de ações de alcance coletivo desenvolvido dentro e fora do setor saúde. Defende que a integralidade da atenção à saúde exige que a assistência seja prestada paralelamente às ações coletivas em saúde.

² MENDES, E. V. A atenção primária à saúde no Estado de Santa Catarina, SES – SC, 30/03/2005 (comunicação verbal).

2.1.1 JUSTIFICATIVA

Reconhecendo as conquistas teóricas do Sistema Único de Saúde e o seu caráter inovador ao propor uma política de diminuição das desigualdades do país, a pesquisa registra, através da percepção dos profissionais da odontologia, a trajetória atual dos princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Regionalização, Hierarquização, Descentralização, Controle Social e Participação Popular, relacionando estes achados com as condições que permitiram ou tolheram o desenvolvimento destas novas tecnologias de trabalho em saúde, da aquisição destas novas tecnologias de produção de saúde e do direcionamento dos serviços para um novo modelo de atenção integral à saúde.

Este trabalho descreve, através da percepção dos *trabalhadores da saúde*, o momento de transição de modelos e os desafios a serem enfrentados pelos serviços de atenção odontológica de Florianópolis, Santa Catarina. Procura não apenas as incoerências de modelos anteriores, que por certo ainda fazem parte da realidade de alguns serviços, mas também evidenciar as experiências que revelam a viabilidade de uma nova prática de saúde no País. A discussão da atenção à saúde do trabalhador proposta por este texto busca uma abordagem ampliada ao ser feita de forma atenta às demandas deste grupo populacional, articulada com outros setores que debatem o tema, e contextualizada historicamente.

A apresentação do trabalho está estruturada em cinco capítulos, conforme Normalização do Programa de Pós-Graduação em Odontologia [s.d] para apresentação do trabalho de conclusão do curso de Mestrado.

No **Capítulo I** encontram-se o Resumo e o Abstract com o conteúdo total dos artigos apresentados. O **Capítulo II** consiste de uma introdução onde apresentamos a proposta de trabalho e justificamos a pesquisa. Neste momento são apresentados também os objetivos gerais e específicos do trabalho e uma revisão bibliográfica, estruturada nos subitens constantes no sumário. A seguir estabelecemos a metodologia que estrutura o trabalho empírico. Os resultados serão apresentados no **Capítulo III** em forma de dois artigos, enquanto a bibliografia consultada está registrada no **Capítulo IV**. Por fim, o **Capítulo V** traz os anexos e apêndices.

2.1.2 OBJETIVOS

2.1.2.1 Objetivo Geral

Investigar a atenção à saúde bucal do trabalhador em Florianópolis, contextualizando-a com as diretrizes das políticas públicas brasileiras e com as propostas da legislação em vigor;

2.1.2.2 Objetivos Específicos

Revisar a história de formação das políticas públicas brasileiras e das propostas de atenção à saúde do trabalhador;

Realizar uma revisão de literatura sobre as manifestações orais de doenças ocupacionais mais prevalentes;

Analisar as práticas e as ações referentes à saúde do trabalhador adotadas na organização do processo de trabalho dos serviços de saúde bucal;

Analisar a percepção dos odontólogos da rede básica de Florianópolis sobre os conceitos de modelos tecnoassistencias e as melhores práticas na atenção à saúde do trabalhador.

2.1.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo não pretende realizar uma avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo setor público ou mesmo uma avaliação ou monitoramento dos Programas Estaduais decorrentes de sua Política de Atenção à Saúde do Trabalhador. A proposta, e conseqüentemente a metodologia aplicada por este estudo, contempla prioritariamente uma discussão sobre a formação dos recursos humanos e a percepção dos odontólogos da rede municipal sobre *modelo de atenção e Saúde do Trabalhador*, devidamente contextualizada dentro das propostas resultantes de um processo histórico de lutas políticas e avanços teóricos.

Outra limitação diz respeito à incapacidade de traçarmos as condições reais de adoecimento por problemas bucais da população trabalhadora da cidade estudada. Imposta (1) pela natureza do trabalho, que não pretende realizar um levantamento epidemiológico das manifestações orais de doenças ocupacionais, (2) pela formatação dos sistemas de informação disponíveis, que atualmente não incluem as informações necessárias relativas às condições de saúde bucal do trabalhador, (3) pelo insuficiente e heterogêneo registro dos serviços e (4) pela indisponibilidade de estudos anteriores sobre o assunto dentro das especificidades da região. Para

tanto seriam necessárias, além de metodologia específica, discussões anteriores sobre a organização da atenção à saúde de uma forma mais ampliada. No entanto, é para esta discussão que o presente trabalho espera contribuir.

2.2 REVISÃO DE LITERATURA

2.2.1 HISTÓRIA

2.2.1.1 Políticas públicas de saúde brasileiras do século XX

O Ministério da Saúde afirmava em 1998, exatos dez anos após a promulgação do texto constitucional de 1988, que no campo das políticas públicas, o setor saúde se destacava pela efetiva proposta de mudança, sendo um dos setores que mais teriam avançado nas reformas administrativas, políticas e organizacionais a partir do novo modelo público de oferta de serviços e ações, traduzidos nos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. No entanto essas realizações não teriam sido ainda suficientes para transformar a prática sanitária brasileira e suas reais condições de garantir a melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos brasileiros. No mesmo documento em que apresenta o Programa de Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo assistencial, o Ministério da Saúde registra que as práticas cotidianas ainda se direcionavam fortemente pelo enfoque clínico, onde a livre demanda determinava as ações e o planejamento e avaliação local não estavam efetivamente incorporados aos processos de trabalho. Mesmo na rede básica de saúde, que deveria ser norteadas pelos pressupostos da Atenção Primária em Saúde, observavam-se características do *Modelo Privatista de Atenção à Saúde*. Um modelo tradicional, curativo, individual, com a ênfase na super-especialidade e nos recursos tecnológicos, incapaz de resolver os problemas mais primários da população. (BRASIL, 1998).

Para entender de que forma são estruturadas as ações em saúde e as características do complexo sistema de saúde brasileiro, alguns autores realizam um resgate histórico de forma a elucidar a origem destes elementos. Elementos estes que são muitas vezes contraditórios entre si, mas que acabam marcando a forma de prestação de serviços de saúde que vislumbramos atualmente.

Mendes (1999) correlaciona o processo de construção e desenvolvimento do sistema brasileiro de saúde com os modelos econômicos nacionais. No período onde a economia estava atrelada ao modelo agro-exportador, uma concepção de saúde fundamentada na relação linear agente-hospedeiro permeava o *modelo sanitarista-campanhista*, que buscava acima de tudo a erradicação das doenças que poderiam prejudicar as exportações e o saneamento dos espaços de circulação. Com o início do desenvolvimento industrial, o Brasil foi testemunha do surgimento de uma massa operária urbana e da necessidade de atuação sobre o corpo do trabalhador, de forma a manter e restaurar a sua capacidade produtiva. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 foi o momento institucional de consolidação do *modelo médico-assistencial-privatista*, que privilegiaria a prática médica de caráter curativo, individual e especializado, e a criação, por meio de intervenção estatal, do complexo médico-industrial, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado destes serviços. No final dos anos 80 tínhamos um sistema plural de saúde, composto do subsistema de atenção médica supletiva, do subsistema de desembolso direto e o subsistema público – o Sistema Único de Saúde (SUS).

As políticas sociais brasileiras no seu processo histórico são abordadas por Faleiros (2000) através da distinção de quatro momentos específicos: dos anos 30 aos 60, quando foi implantado o sistema de seguro social para setores da classe trabalhadora; os anos da ditadura militar, quando se implementou o complexo militar-industrial-assistencial; o período da Constituinte e por fim o período dos anos 90, marcado pelo neoliberalismo. Para Faleiros (2000)

na relação do Estado com a sociedade e com a economia, a tensão contraditória entre acumulação e equidade é manifestada nas formas de regulação. Estas possuem em um extremo a preponderância do Estado de Direito (com a disposição de fundos públicos, regras, recursos econômicos e políticos capazes de influir na dinâmica do mercado com equidade) e em outro pólo a preponderância da acumulação de capital. O complexo processo de relação da sociedade com o Estado é analisado enquanto enfrentamento de interesses dos blocos que disputam legitimidade, poder e ganhos econômicos.

No modelo que predominou até 1964, a distribuição de benefícios sociais era predominantemente assistencialista. O contexto político era populista, com o apelo à adesão das massas pelo nacionalismo de Vargas, pelo desenvolvimentismo de Kubitschek, pelo moralismo de Quadros ou pelo reformismo de Goulart. De 1964 a 1988 o país se desenvolve economicamente com a expansão da produtividade, modernização da economia e entrada de capital estrangeiro, do ponto de vista político o bloco militar-tecnocrático-empresarial busca apoio popular com medidas sociais. Em 1966 foram unificados os institutos, dentro da política centralizadora do governo federal, no Instituto Nacional de Previdência Social. Nos convênios entre o INPS e as grandes empresas o trabalhador era atendido no local de trabalho onde o esquema Saúde e Segurança no Trabalho deveria contribuir para o aumento da produtividade. (FALEIROS, 2000).

Ao mesmo tempo 40 milhões de brasileiros não tinham nenhum acesso a serviços médicos, consolidando-se a desigualdade: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para um grupo seletivo de assalariados e classe média, os serviços públicos para pagantes da previdência e, para os pobres, a caridade, feita em geral, por entidades municipais ou filantrópicas com apoio estatal. (FALEIROS, 2000, p. 48).

A constituição de 1988, desfecho de uma democratização lenta e gradual, expressa as contradições da sociedade brasileira, fazendo conviver as políticas estatais com as políticas de mercado nas áreas de saúde, previdência e assistência social.

A discussão sobre os direitos constitucionais contribui para a consciência dos direitos do trabalhador e para a construção de um novo pacto federativo com a descentralização de atribuições sem a distribuição de recursos compensatórios suficientes. As políticas municipalizadas, mesmo com o controle social previsto pelos respectivos conselhos, sofrem com um processo de conflito entre um modelo de garantias de direitos, descentralizado e participativo e uma política clientelista, de distribuição de favores, cooptadora e fragmentada, que usa os recursos públicos para fins privados. (FALEIROS, 2000, p. 50).

Para Roncalli (2003) é por intermédio das políticas públicas que o Estado atua no sentido de garantir qualidade de vida aos cidadãos. Entre as políticas públicas voltadas para a proteção social estão as políticas de saúde. Para este autor as tentativas do Estado brasileiro de resolução dos problemas de saúde da população até os anos 80 possuíam duas características básicas: a estreita relação entre o estabelecimento das políticas de saúde e o modelo econômico vigente e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e as de assistência médica. Ainda que a conjuntura pós-constituente, com o surgimento de um projeto conservador neoliberal, tenha provocado um atraso considerável na regulamentação do capítulo da saúde da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde constitui um avanço, pois é orientado por *princípios doutrinários* que personificam um conceito ampliado de saúde e afirmam o direito à saúde.

2.2.1.2 Algumas terminologias e concepções sobre saúde do trabalhador

Os conceitos de saúde no trabalho são também verdadeiros registros dos momentos políticos e econômicos, dos embates vivenciados dentro e fora deste campo, dos progressos e das limitações das propostas de atenção à saúde. À semelhança da inconstante percepção do que é saúde, que por ser resultante de seu tempo, jamais apresentou um formato estanque ao longo dos anos, os principais termos utilizados no campo da saúde do trabalhador definem de certa forma o tempo, o ambiente e o conceito subjacentes a estas terminologias.

Fischer e Paraguay (1989) analisaram a questão da adequação do trabalho ao homem remetendo à origem do termo “Ergonomia”. De acordo com as autoras, o termo Ergonomia (do grego ergon = trabalho + nomos = lei) foi proposto pelo naturalista polonês Woitej Yastembowski, em 1857, no artigo “*Estudo de Ergonomia, ou Ciência do Trabalho, Baseada nas Leis Objetivas da Ciência Sobre a Natureza*”.

A Ergonomia formou-se da confluência da Psicologia, Fisiologia, Higiene e Medicina do Trabalho e ciências exatas aplicadas ao trabalho. Seu objeto é o homem em situação de trabalho. Assim cabe à Ergonomia analisar as inter-relações existentes entre as condições de trabalho e o conforto, segurança e eficácia no trabalho. Os estudos nesta área têm aplicações amplas: projetos de instalações e equipamentos; reorganizar ambientes, estruturas organizacionais e processos, de modo a tornar as interfaces do sistema de trabalho as mais adequadas possíveis às características psicofisiológicas humanas. (FISCHER; PARAGUAY, 1989, p. 20).

Segundo as autoras, na avaliação de um sistema de trabalho é necessário investigar em vários níveis as capacidades dos operadores de se adaptarem ao trabalho e do trabalho estar adaptado a estes operadores. Algumas propostas delimitam níveis hierárquicos de avaliação como capacidade de conduzir a tarefa, capacidade de tolerar o trabalho, aceitação do trabalho e satisfação do trabalho. Porém estes modelos, largamente utilizados nos exames pré-admissionais e periódicos das empresas, são limitados pela unilateralidade do enfoque e pelo caráter tecnicista e burocrático das avaliações. Geralmente, as análises não ultrapassam o primeiro nível (capacidade de conduzir a tarefa) e raramente chegam ao segundo nível (capacidade de tolerar o trabalho). A seleção de profissionais para o trabalho fica voltada para os mais aptos, os mais ajustados ou aqueles que mais toleram o trabalho. Relega-se a um plano secundário a adequação do trabalho ao homem, dificultando cada vez mais a transformação de ambientes, conteúdo e exigências de tarefas

[...] Esta unilateralidade de enfoque provoca distorções no ambiente de trabalho, não permitindo um real avanço da melhoria da qualidade de vida no trabalho. No máximo são atingidos os níveis determinados pela legislação trabalhista, que

estipula limites de tolerância para prevenir doenças ocupacionais ou procedimentos de rotina em Medicina e Segurança do Trabalho. (FISCHER; PARAGUAY, 1989, p. 29).

Além disso, as empresas ainda utilizam a Ergonomia de uma forma distorcida, acreditando que modificações das condições de trabalho e modernização de máquinas e outros equipamentos terão reflexo direto no aumento da produtividade. Porém um estudo abrangente de Ergonomia certamente deve considerar a contrapartida da empresa traduzida em benefícios e estabilidade no emprego aos seus funcionários e considerar a análise do absenteísmo-doença para melhor compreensão dos aspectos ligados às relações humanas e aos riscos do trabalho.(FISCHER; PARAGUAY, 1989).

Colacioppo (1989) apresenta a Saúde Ocupacional como uma ciência mais voltada à prevenção dos riscos à saúde do trabalhador oriundos do ambiente geral e, principalmente, do ambiente ou atividade profissional, necessitando, para atingir seu objetivo, a participação de várias outras ciências. Por ser uma ciência relativamente nova, existe certa dificuldade no estabelecimento de consenso em torno de sua denominação. O termo Higiene Industrial se difundiu pela influência das publicações norte-americanas nesta área, embora o termo original (*Industrial Hygiene*) relativo a toda atividade laborativa tenha um significado mais amplo que sua tradução literal. A denominação Higiene Ocupacional reflete mais adequadamente em língua portuguesa a real proposta desta ciência, estando de acordo com a terminologia da Organização Mundial de Saúde e da comunidade científica européia. Porém, no Brasil, pela concordância com os termos Medicina do Trabalho e Engenharia da Segurança do Trabalho, fixadas em lei, o termo Higiene do Trabalho passou a ser o mais aceito, reservando-se termo Saúde Ocupacional para a ciência maior que engloba as três citadas, entre outras.

Evidencia-se assim que, para uma uniformização, necessário se faz ter uma visão ampla da Saúde Ocupacional, cuja própria denominação tem sido colocada em discussão atualmente, com a proposta de alteração para Saúde do Trabalhador, que melhor reflete seu escopo. (COLLACIOPPO, 1989, p. 74).

Gomez e Carvalho (1993) definem que, na sua articulação com a saúde, o trabalho é a situação onde homens e mulheres vivem e expressam com seus corpos o alcance do prazer e o confronto com o sofrimento, dor e doença. O reconhecimento da relação entre trabalho e doença remonta a antiguidade, o que tem se modificado no curso da história foram os caminhos de apreender e lidar com esta relação. Ignorar a relação trabalho-saúde/doença enquanto campo de investigação e intervenção sistemática foi, e de certa forma, continua sendo, uma prática comum, até o momento onde seus efeitos não se tornam prejudiciais à produção ou que não tenham gerado expressão de efetiva resistência dos trabalhadores. Compreender a relação trabalho-doença como resultado exclusivo da ação isolada de um agente patogênico e o corpo do trabalhador, ou mesmo com a interação de vários agentes, constitui a base teórica e conceitual das práticas convencionais no cuidado médico industrial e de saúde ocupacional.

Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) as jornadas extenuantes da Revolução Industrial, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, às quais se submetiam as mulheres e crianças, eram freqüentemente incompatíveis com a vida. A presença de um médico no interior da unidade fabril representava uma espécie de braço do empresário para a recuperação do trabalhador visando o retorno do trabalhador à linha de produção. Instaurava-se assim o que seria uma das características da medicina do trabalho mantida até hoje, e que predomina na forma tradicional: sob uma visão eminentemente biológica e individual, no espaço restrito da fábrica, numa relação unívoca e unicausal, buscam-se as causas da doença e dos acidentes. Assim a medicina do trabalho, centrada na figura do médico, orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença um agente etiológico. Transplantada para o âmbito do trabalho, vai refletir na propensão de isolar agentes específicos e, desta forma, atuar sobre suas conseqüências, medicalizando em função dos sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente conhecida. A saúde ocupacional avança numa proposta interdisciplinar, com base na higiene industrial, relacionada com o ambiente de trabalho-corpo do trabalhador, incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção de

doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Porém, se os agentes e riscos são assumidos como peculiaridades “naturalizadas” de objetos e meios de trabalho, descontextualizadas das razões que se situam em sua origem, repete-se na prática as limitações da medicina do trabalho. Ainda que os avanços conceituais apontem para uma nova prática e um novo enfoque para lidar com a relação saúde-trabalho, consubstanciados sob a denominação de *Saúde do Trabalhador*, depara-se no cotidiano com a hegemonia da medicina do trabalho e da saúde ocupacional.

Tal fato coloca em questão a já identificada distância entre a produção de conhecimento e a sua aplicação, sobretudo num campo potencialmente ameaçador, onde a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho. (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997, p.23).

A área da Saúde do Trabalhador é a princípio uma meta, um horizonte que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores sob premissas nem sempre explicitadas. O compromisso com mudanças no intrincado quadro de saúde da população trabalhadora é seu pilar fundamental, e supõe a necessidade do agir político, jurídico e técnico ao posicionamento ético. (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

A Saúde do Trabalhador segundo Niero (2000) surge na tentativa de realizar a ruptura da concepção hegemônica, que estabelece a relação da doença com o trabalho, baseada em um agente específico ou em um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. Nos remete à discussão, além da participação do trabalhador no processo produtivo, da consideração de sua subjetividade.

As conceituações registradas nas publicações institucionais do Ministério da Saúde e da legislação brasileira atual buscam uma aproximação deste conceito mais ampliado de Saúde do Trabalhador, ao afirmar que:

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações do trabalho e o processo saúde-doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulado com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que as formas de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribuem decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. (BRASIL, 2002, p.7).

2.2.2 PANORAMA

2.2.2.1 A organização contemporânea do trabalho

Dejours (1992) ao analisar a luta do trabalhador pela sua sobrevivência frente às condições precárias do século XIX, identifica neste momento histórico o início da organização dos trabalhadores, que entre a 1ª Guerra Mundial e 1968, despontaria como uma força política importante. Porém as reivindicações pontuavam a melhoria das condições de trabalho e a proteção da saúde física do trabalhador, questões como o sofrimento psíquico associado à organização do trabalho, não estavam na pauta de discussão. Mesmo hoje, a possível adequação da organização do trabalho à estrutura física e mental do trabalhador não está de acordo com a tendência de crescente divisão do trabalho, o que diminui escolhas e a margem para o livre arranjo das tarefas. Esta discussão deveria, segundo Dejours (1992), ter um lugar conseqüente nas novas relações sociais e na adequação do trabalho ao homem.

Silva Filho (1995) atribui à forma dominante da organização do trabalho os grandes conflitos existentes entre os trabalhadores que realizam o trabalho e os trabalhadores que organizam e controlam o que deve ser feito. Sendo o modelo de organização a essência deste

conflito, surge a necessidade de ser buscada uma base que permita o estabelecimento de soluções para as questões do trabalho, tendo a satisfação, a motivação, a saúde e a qualidade de vida, como elementos fundamentais do plano diretor desta recriação. Para Silva Filho (1995) ergonomia, gestão participativa e produtividade formariam um todo ligado à melhoria contínua na produção de bens e serviços. Na percepção deste autor a integração de uma intervenção ergonômica é capaz de promover o maior conhecimento das variáveis políticas, econômicas, tecnológicas e sócio-culturais. Dentro desta visão ampliada, onde o homem necessariamente deverá estar integrado com os elementos desta estrutura organizacional, estaríamos diante de uma boa organização do trabalho.

Monteiro e Gomes (1998) fazem uma recapitulação das principais experiências e teorias desenvolvidas no início do século XX voltadas ao aumento da eficiência do nível operacional. A interferência e disciplina do conhecimento operário sob o comando da gerência, a seleção e treinamento pelas habilidades pessoais específicas para atender às exigências do trabalho e o planejamento e controle do trabalho pela gerência são características que emanam da escola chamada de “Administração Científica”. Porém os problemas psicológicos e fisiológicos gerados por este tipo de organização do trabalho acabaram em determinado momento comprometendo a acumulação capitalista. Neste ponto surgem novas propostas, como as do Movimento de Relações Humanas e enriquecimento de cargo. Ainda assim a tecnocracia acaba por definir soluções meramente técnicas ou racionais, desprezando os aspectos humanos e sociais do problema, impedindo a abertura de espaço para a intervenção dos trabalhadores e o desenvolvimento de lideranças dentro das empresas. A corrente sócio-técnica, baseada no desempenho das tarefas por grupos semi-autônomos apesar de entender o processo de trabalho como um fenômeno coletivo, permitindo inclusive as experiências da democracia industrial nos países centrais, não foi superior no que se refere à conquista de mercados se comparada aos princípios de administração japoneses pós-segunda guerra mundial com suas inovações organizacionais. Este novo paradigma, baseado na flexibilidade da produção, na descentralização

e na abertura de mercados internacionais, pressupõe o fim da divisão do trabalho, privilegiando a polivalência, a rotação das tarefas e práticas de gestão que dominem o processo global de produção. Já as relações de trabalho não evoluem tanto quanto o progresso da abordagem, principalmente fora do Japão, a terceirização, estratégia utilizada para alcançar estes objetivos, possibilitando a diminuição dos custos fixos da empresa, traz efeitos deletérios sobre o nível de emprego e as condições de trabalho ao terceirizado.

O intensivo controle de qualidade e a radicalização das alterações dos processos pela reengenharia são igualmente movimentos que, se por um lado se tornam hegemônicos pela concorrência dos mercados globalizados, por outro acabam por aprofundar a exploração do trabalhador a padrões tão novos e revolucionários quanto a capacidade do capital de superar as crises que gera. Até mesmo o surgimento e desenvolvimento da participação no trabalho, que em linhas gerais está atrelado à realidade de trabalhadores mais qualificados, é limitado ao aumento produtivo e descompromissado com a resolução dos conflitos, possibilitando tão somente a limitação dos seus efeitos com a antecipação e controle. Os conceitos japoneses de participação no trabalho adentram no Brasil no início dos anos 80. (MONTEIRO e GOMEZ, 1998).

Paula (1998) realiza um contraponto ao que denomina de “giro lingüístico” caracterizado pelo convencimento de que o capitalismo mudara, e que o tempo da violência, da exclusão, da interdição de direitos era agora apenas um pesadelo de tempos passados. Rebate também os discursos decorrentes deste pensamento, que proclamam o fim da centralidade do trabalho, e que desconsideram que supostas virtudes distributivas deste “neocapitalismo civilizado” são na verdade resultado de conquistas da ação e luta dos trabalhadores. A imposição de perdas salariais, a precarização do trabalho, o desemprego, a destruição de direitos sociais, trabalhistas e previdenciários caracterizam, portanto, desequilíbrio neste jogo de força entre o movimento operário-sindical e o capital, reinventando agora no centro hegemônico práticas que nunca abandonara na periferia. O que é apontado como fim da centralidade do trabalho e evolução para

novas relações de trabalho é na verdade uma complexificação do corpo coletivo de trabalho; antes de ser o seu desaparecimento, é a sua generalização, como um aspecto próprio do processo de produção capitalista.

Dias (2000) aborda aspectos das questões da saúde relacionadas ao trabalho contextualizando-os no processo dos anos 90 que denomina “*Terceira Revolução Industrial*” ou “*Reestruturação Produtiva*”. Esta nova forma de produzir decorrente de avanços tecnológicos e de novas formas de organizar e gerir o trabalho vem introduzindo mudanças radicais na vida e relações das pessoas e países, e por conseqüência no viver e adoecer das pessoas. Este processo tem a intensidade e radicalidade das mudanças ocorridas com a Revolução Industrial do século XVIII, mas ocorrem hoje em escala global pelos avanços da informática e comunicação. A repercussão social desta transformação é a diminuição dos postos de trabalho ou o “*desemprego estrutural*”. A radicalidade deste processo pode ser visto na abrangência e no aprofundamento das mudanças que propõe e estão descritos pela seguinte afirmação da autora:

O processo de reestruturação produtiva tem modificado substancialmente o perfil do trabalho e dos trabalhadores, os determinantes da saúde-doença dos trabalhadores, e conseqüentemente, o quadro de morbimortalidade relacionada ao trabalho, e a organização e práticas de saúde e segurança no trabalho. (DIAS, 2000, p.4).

Além da diminuição dos postos de trabalho, o aumento das exigências e qualificação requeridas ao trabalhador reforça a exclusão dos menos qualificados, dos mais jovens, dos mais idosos, menos escolarizados e portadores de alguma desvantagem biopsíquica ou social. São características marcantes destas transformações o crescimento do setor informal, a terceirização e quarteirização dos serviços, mudanças na legislação trabalhista, a precarização do trabalho, diminuição da capacidade de compra, deterioração da auto-imagem, acirramento dos conflitos interpessoais no trabalho, sofrimento biopsíquico, domicialização dos riscos. 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, responsabilidade e 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, e segue:

Assim, para se entender e intervir na saúde dos trabalhadores no momento atual, torna-se necessário combinar distintas abordagens e enfoques que consideram o processo de reestruturação produtiva na globalização da economia; mudanças urbanas; transformações organizacionais do trabalho; fatores de risco industriais e ambientais e aspectos da saúde psicofísica do trabalhador. (DIAS, 2000, p. 5).

Nos países em industrialização, por conta da falta de dados científicos para avaliar os riscos inerentes à utilização de numerosos produtos químicos e pela falta de recursos para avaliar os produtos químicos para os quais já se dispões dados, a situação se torna ainda mais grave. Para contextualizarem o problema da segurança química, Freitas et.al. (2002), demonstram a imensa desproporcionalidade entre o crescimento do desenvolvimento tecnológico nos processos químicos industriais, impulsionados pela concorrência capitalista e pela globalização da economia de escala, e o desenvolvimento da avaliação minimamente adequada sobre os riscos à saúde do homem e do meio ambiente. O Brasil enfrentaria, na concepção dos autores, especial dificuldade para o enfrentamento deste problema de *“in”* segurança química, pois questões fundamentais à governança, como a democracia, a segurança, a sustentabilidade e a equidade se encontram pouco resolvidos ou incipientes. Assim a própria desestruturação do estado, ou vulnerabilidade institucional, agrava a situação de determinados grupos sociais, expostos a substâncias químicas em situação social e ambiental precária, ou vulnerabilidade populacional. Concluem que a segurança química, como um sério problema a ser enfrentado, requer inclusive novos arranjos societários e a busca de um modelo de desenvolvimento sustentável baseado na equidade e na democracia. Além da necessidade de uma ciência mais contextualizada na nossa realidade, com abordagens integradas e participativas, contribuindo para a busca de soluções

mais amplas e duradouras. O conjunto de estratégias para o controle e a prevenção dos efeitos adversos para o ser humano e o meio ambiente decorrente da extração, produção armazenagem, transporte, manuseio e descarte de substâncias químicas, é um problema que, para Freitas et. al. (2002) também deve ser enfrentado globalmente e com a colaboração dos mais diversos atores governamentais e não governamentais como as indústrias, sindicatos, consumidores, organizações não governamentais, grupos de cidadãos, corporações profissionais e instituições científicas.

Para a Organização Mundial da Saúde (2005) as novas tecnologias de informação e automação, as novas substâncias químicas e energias físicas, riscos de saúde associados às novas biotecnologias, transferência de tecnologias perigosas, envelhecimento da população trabalhadora, problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos), incluindo migrantes e desempregados, problemas relacionados com a crescente mobilidade dos trabalhadores e ocorrência de novas doenças ocupacionais de várias origens são desafios a serem enfrentados em Saúde do Trabalhador. Segundo informações da mesma Instituição, cerca de 45% da população mundial e cerca de 58% da população acima de 10 anos de idade faz parte da força de trabalho que irá sustentar a base econômica e material das sociedades, dependentes assim da sua capacidade de trabalho. E segue:

Desta forma, a Saúde do Trabalhador e a Saúde Ocupacional são pré-requisitos cruciais para a produtividade e são de suma importância para o desenvolvimento socioeconômico sustentável. A saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são valiosos bens individuais, comunitários e dos países. A saúde ocupacional é uma importante estratégia não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo. (OMS, 2005).

2.2.2.2 Contextos político-econômicos e a luta por melhores práticas em Saúde do Trabalhador

Nos anos 70 e 80, de acordo com Martins Filho (1989), o freqüente insucesso de diversos programas voltados à saúde do trabalhador ocorria em decorrência de iniciativas exclusivamente institucionais, eventualmente em articulação com a empresa, mas sem a participação dos trabalhadores. Porém, foi neste período histórico de alargamento do espaço democrático, conquistado pela luta dos trabalhadores, que se evidenciou a falência das políticas na área de prevenção de acidentes e doenças do trabalho. Um exemplo concreto da incapacidade estrutural do modelo proposto nesta época está na falsa redução do número absoluto dos acidentes de trabalho a quase um quinto nos dados de 1985 se comparados com os dados de 1975. Esta distorcida redução dos indicadores se deu exclusivamente pelo favorecimento ao sub-registro (Resolução do INPS de n° 900, de 19/10/75) e pela eliminação de determinadas enfermidades da lista de doenças profissionais (Lei 6.367, de 19/10/76).

Tabela 1: Índice de Frequência de acidentes de trabalho por 100.000 segurados no Brasil de 1975 a 1987.

ANO	ÍNDICE DE FREQUÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO
1975	14,7
1976	11,6
1977	9,7
1978	8,5
1979	6,4
1980	6,1
1981	5,2
1982	5,7
1983	4,5
1984	3,8
1985	4,2
1986	4,4
1987	4,0

Fonte: Martins Filho (1989).

Evidenciava-se a contradição entre trabalho e saúde em uma sociedade onde a organização do trabalho estava voltada a assegurar o nível de produtividade em função do lucro, neste equilíbrio de forças a sociedade exprimia as normas legislativas, a organização dos serviços e a formação dos recursos humanos. Sob

este prisma as estruturas de atenção à saúde, previdenciária e de fiscalização dos ambientes de trabalho, foram montadas para manter e reproduzir a intocabilidade da fábrica. (MARTINS FILHO, 1989. p. 27).

As experiências dos Programas de Saúde do Trabalhador, com suas diversas características e peculiaridades, além de abrir um novo campo de ação na área da saúde, forçavam as instituições a pensarem suas ações neste setor e proporcionavam novas relações entre a classe operária e os profissionais de saúde. A descentralização e a vinculação com ações de saúde começavam a ocorrer com programas de saúde. Mesmo com resistências da corporação, responsáveis governamentais e empresariado e com a contemplação das instituições de ensino, que padeciam de concepções ultrapassadas a respeito da problemática da saúde e do trabalho, tema que surgia marginalmente nos cursos de pós-graduação, o anseio dos setores representantes dos trabalhadores era de ampliar a capacidade de formulação de propostas pela apropriação da classe operária das descobertas científicas, de forma a forçar o desenvolvimento do conhecimento na área, originando e participando das ações de um sistema de saúde apto a controlar a nocividade do trabalho. (MARTINS FILHO, 1989).

Ao analisar o processo de elaboração das políticas de saúde e de segurança do trabalho ao longo de sua história no Brasil, Faleiros (1992) demonstra relações existentes entre este processo de elaboração, as forças sociais e políticas, o desenvolvimento do capitalismo brasileiro e as formas do Estado. A hegemonia oligárquico-liberal da velha república, a hegemonia burguesa-rural-corporativista da era Vargas, a hegemonia burguesa populista do pós-guerra e a hegemonia militar-burguesa-multinacional após o golpe de 1964, foram quatro conjunturas identificadas pelo autor que em comum apresentaram o padrão de formular políticas centralizadoras voltadas prioritariamente aos acidentes de trabalho.

Para Gomez e Carvalho (1993) a desconfortável posição brasileira de recordista mundial de acidentes de trabalho no início dos anos 70, uma expressão dramática do “milagre econômico

brasileiro”, forçou o governo a criar o Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional nas empresas. Os profissionais da saúde, engenheiros e supervisores eram demitidos sem a apreciação dos trabalhadores e sem garantias legais de autonomia em relação à empresa. Sob condições tão restritas, o cuidado se transformou em mecanismo de controle utilizado para recrutamento e seleção, para regular o absenteísmo e encobrir o desgaste do trabalhador na empresa. Segundo os autores, as mudanças que ocorrem no estado atual da saúde dos trabalhadores não estão relacionadas exclusivamente às preocupações internas do setor saúde. Esta situação simplesmente reflete de forma dramática as conseqüências inerentes a um modelo de crescimento econômico que exclui grandes segmentos da população de bens e serviços que são produzidos socialmente e que aprofundam as desigualdades presentes em todas as esferas da sociedade brasileira.

Sato (1996) analisa o caráter complexo do tema “Vigilância em Saúde do Trabalhador” ao entender que este pode ser discutido sob várias perspectivas: quer como uma estratégia para a operacionalização de uma determinada política de saúde, quer em seus aspectos legais, ou ainda no que se refere ao controle social, entre outros. Tradicionalmente, as atividades de conhecimento da situação de saúde têm sido separadas daquelas que visam a intervir para controlar e prevenir os agravos e as condições que os geram. Essa dicotomia encontra-se também presente nas ações dos serviços públicos dirigidos à saúde do trabalhador. E pontua:

Ao se transportar essa discussão para o campo da Saúde do Trabalhador, principalmente através do conceito de problema, possibilita-se que o conhecimento dos trabalhadores sobre a relação saúde-trabalho seja legitimamente contemplado como propulsor das ações de vigilância e não seja apenas visto como uma requisição carregada de valores político-ideológicos, pois, na definição de problema, na definição de prioridades e de estratégias para atuar sobre seus determinantes e condicionantes, todos os atores sociais devem participar. Em Saúde do Trabalhador, diagnosticar as condições de trabalho e saúde para eleger prioridades no sentido de eliminar os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde a partir do conhecimento dos trabalhadores não é uma prática nova, mas merece ser refletida. (SATO, 1996).

A autora realiza uma reflexão sobre a prática de diagnosticar as condições de trabalho e saúde para eleger prioridades a partir do conhecimento dos trabalhadores no sentido de eliminar os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde. Alerta que em determinadas situações o conhecimento dos trabalhadores não tem acesso ou o tem apenas em estados mais adiantados do problema de saúde, por exemplo nas mudanças bioquímicas provocadas pelas contaminações e intoxicações, acessíveis apenas através de exames. Outro aspecto é a sua relação com a posição de classe, que funciona como estruturante de visões de mundo. Além disso, a formulação dos problemas de saúde está relacionada à noção de cidadania, construída em cada realidade social e vivenciada no cotidiano pelos atores sociais. Essa noção serve como espécie de matriz sobre a qual está referenciada a delimitação dos direitos que sentem ter. São as condições de produção do conhecimento prático, dentre os quais o contexto social e noção de cidadania, que talvez possam explicar por que determinadas necessidades de saúde não são eleitas como substrato para a formulação de problemas de saúde.

Vasconcellos e Ribeiro (1997) ao trabalharem o tema de dimensionamento dos agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil definem dois problemas fundamentais característicos: a forte subnotificação dos agravos e a inviabilidade destes agravos gerarem inspeções sanitárias preventivas, posto que o instrumento de informação oficial segue um fluxo visando apenas ao pagamento de benefícios previdenciários e não chega aos órgãos com a atribuição de investigar os fatores-determinantes do risco de acidentes e doenças ocupacionais. Para estes autores o aperfeiçoamento das intervenções em Saúde do Trabalhador pressupõe a adoção de abordagens que operacionalizem fiscalizações dos ambientes de trabalho, sob a forma de intervenções éticas de impacto, no âmbito do Sistema Único de Saúde, segundo o mapeamento de riscos; o estabelecimento de fluxos de informações e o delineamento dos perfis de morbimortalidade dos trabalhadores. Os autores visualizam na dissociação entre a informação e os meios de intervenção a dificuldade do sistema em promover uma real vigilância dos agravos à saúde dos trabalhadores. Desta forma, ao reproduzir uma visão tecnicista de ação impossibilitando a incorporação de

tendências mais avançadas de abordagem coletiva e multidisciplinar dos agravos à saúde, acaba por configurar uma atuação cartorial, em detrimento da adoção de uma estratégia de alcance social das ações. Uma nova perspectiva estaria na intervenção articulada com a organização sindical dos trabalhadores e com outros setores com responsabilidade direta ou indireta na questão.

Para Machado (1997) a implantação de ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas a partir do setor saúde no país é recente. Esse processo é desencadeado por grupos institucionais localizados em vários pontos do Brasil e resulta em uma gama de experiências distintas, voltadas para esse tema. As diferenças observadas estão relacionadas às potencialidades regionais, que giram em torno da força e qualidade da organização dos trabalhadores quanto às questões de saúde e, em termos institucionais, dependem das políticas regionais e da estrutura organizacional, da capacidade instalada, da qualidade dos profissionais envolvidos e de influências advindas das instituições acadêmicas. O atual modelo brasileiro de vigilância em saúde do trabalhador configura-se na polarização de um lado, a ampliação da atuação institucional relativo às condições de saúde e trabalho implanta ações de Saúde do Trabalhador no ainda incipiente SUS aliada ao movimento sindical; de outro, a atuação institucional, restrita às ações das Delegacias Regionais do Trabalho (DRT), aliada a um controle gerencial interno das empresas, estabelece a partir de pressões e políticas industriais os parâmetros de auto-vigilância constituindo um modelo patronal de intervenção. Em síntese, esse processo de conflito e de interação está presente no modelo brasileiro de vigilância em Saúde do Trabalhador.

Lacaz (1997) contextualiza a emergência da proposta programática da Saúde do Trabalhador no Brasil e suas características como política social a partir dos anos 80, identificando impasses para a sua implementação e apontando desafios colocados tanto no nível institucional como da sociedade no sentido de superação da crise no setor saúde. Para tanto parte da premissa de que “discorrer sobre a saúde dos trabalhadores é, em primeiro lugar, abordar um

tema que ainda não atingiu a adolescência, mas que precisa ter discutido os caminhos que levem a uma maturidade saudável e duradoura". (LACAZ, 1997).

Lacaz (1997) compreende que as primeiras propostas específicas em Saúde do Trabalhador surgem na esteira das proposições racionalizadoras internacionais para a atenção primária. A tendência de ampliação dos direitos do trabalhador será conseqüente de sua luta política em oposição às recomendações de caráter privatista, privilegiando características como o princípio da ampla participação dos trabalhadores, da atuação em equipes multiprofissionais e da sua implementação principalmente a partir de políticas públicas. Desta forma delinea-se a possibilidade de que a Saúde Pública assuma papel ativo na condução de um movimento político-ideológico que ficaria conhecido como os "Programas de Saúde dos Trabalhadores". A Constituição de 1988 e seus desdobramentos nas constituições estaduais, na Lei Orgânica da Saúde de setembro de 1990, nas Leis Orgânicas Municipais e nos Códigos de Saúde, possibilitaram a perspectiva de municipalização da saúde. Muitos municípios passaram a gerenciar serviços de saúde dos trabalhadores dentro da proposta de municipalização da saúde, criando os chamados Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CERESTs), tentando aprofundar as experiências existentes no que se refere à gestão e à participação sindical, ao trabalho desenvolvido por equipes multiprofissionais, à articulação interinstitucional e ao funcionamento dos Conselhos Gestores com participação da sociedade civil organizada. Ao mesmo tempo, já na esteira da chamada Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, procuram introduzir nas leis orgânicas municipais pontos relativos à saúde dos trabalhadores que caminham no sentido de dar maior autonomia à ação do nível local, particularmente no que diz respeito às ações de vigilância em saúde.

Ainda assim o autor aponta um distanciamento existente entre a teoria e a prática evidenciado, por exemplo, 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, funcionando mais como um processo simultâneo de desconcentração de recursos financeiros e disseminação do atendimento em UBSs. No que diz respeito à proposta programática em saúde dos trabalhadores persiste uma séria dificuldade que é a não sensibilização dos profissionais de saúde da rede básica para os problemas de saúde relacionados com o trabalho. Tendo em conta este panorama é que se deve pensar na pauta de tarefas e embates quando se fala de políticas sociais no Brasil e, dentre elas, as políticas de Saúde *no* Trabalho. Trata-se da escolha entre a integração social de amplos setores da população, o investimento na qualificação da mão-de-obra, a ampliação do mercado de trabalho, a democratização das relações de trabalho ou o aprofundamento da barbárie já instalada em vários setores da sociedade que sobrevive no submundo da marginalidade nos grandes centros urbano-industriais e nas periferias do País.

Sato (2002) compreendendo o replanejamento como processo de negociação de escolhas organizacionais, discute os alcances e os limites de tais negociações à luz da prevenção de agravos à saúde do trabalhador. Considerando-se então que existem formas de organização do trabalho reconhecidamente danosas à saúde, e que há uma busca contínua em adotar outros modos de combinar os sistemas técnico e social, guiados por outras racionalidades, o replanejamento seria o modo através do qual o cotidiano no local de trabalho pode ser publicamente modificado.

Dias (2002) reforça a importância do processo de replanejamento do trabalho enquanto questão que ganha força entre os profissionais que se dedicam ao campo da Saúde do Trabalhador. Nem sempre a melhor alternativa para o trabalhador que adoece no trabalho é o seu afastamento da atividade, quase sempre, o ideal é mudar a condição de trabalho permitindo que ele ou ela continue trabalhando. Os trabalhadores ganham em uma perspectiva mais ampliada, ganham força, reforçam a auto-estima, aumentam a capacidade de resistir aos traumas e pressões

e o poder de gerenciar suas vidas. É uma expressão do empoderamento proposto pela estratégia da promoção da saúde no trabalho.

Alves (2003) discute as aproximações possíveis entre as práticas de Vigilância em Saúde do Trabalhador e o enfoque da Promoção da Saúde. Defende que existem muitos pontos em comum entre essas abordagens e que os pressupostos teóricos e metodológicos que embasam as práticas em Saúde do Trabalhador guardam pontos em comum com a perspectiva da Promoção da Saúde e da Vigilância da Saúde. As ações de atenção à saúde do trabalhador devem ser organizadas para que seja prestada assistência multiprofissional às vítimas de doenças ocupacionais, de doenças relacionadas ao trabalho e de acidentes de trabalho, incluindo ações de diagnóstico, identificação denexo causal, tratamento, recuperação e reabilitação, bem como a vigilância de ambientes de trabalho e prevenção de riscos. As ações de vigilância têm como objetivo identificar situações de riscos de acidentes e agravos à saúde e promover melhorias nas condições de segurança e saúde no trabalho, através de visitas às empresas e notificação sobre mudanças a serem realizadas. Para a autora, a assistência ao trabalhador vítima de acidente ou doenças do trabalho pode ser feita na rede básica ou em serviços especializados.

O enfoque da promoção da saúde e a proposta da vigilância da saúde vêm se colocando como um instrumento poderoso para que a Saúde do Trabalhador possa integrar-se e sair do isolamento em que se encontra nas políticas públicas de saúde, por meio de sua inserção na proposição de políticas saudáveis, procurando mostrar que os problemas de saúde por esta área colocados, não dizem respeito apenas aos trabalhadores, mas também ao meio ambiente e à população como um todo, em termos de condições de moradia e saneamento, acesso à educação e a serviços de saúde, entre outras coisas. (ALVES, 2003, p. 322).

De acordo com Silva, Barreto Júnior e Santana (2003) o processo de descentralização de ações e serviços de saúde já passou por vários estágios, desde os anos 80. A descentralização, de um modo geral, pode ser definida como a transferência de poder do nível nacional para instâncias subnacionais e de competências para planejar, gerir, executar e tomar decisões. No âmbito das políticas públicas, este processo implica reestruturação no aparelho de Estado, que perpassa

várias esferas de governo, envolvendo aspectos políticos, administrativos, técnicos e financeiros. A compreensão dessas especificidades deve estar subjacente na elaboração de políticas e programas de Saúde do Trabalhador, desde o nível nacional até o local, observadas as novas bases de relação entre os entes federados, em que à União compete estabelecer as normas gerais, que podem ser suplementadas por Estados e municípios, no que couber, e a estes compete a execução de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores. A instrumentalização dessas diretrizes consolidou-se pela Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador Nost/SUS, em 1998, que definiu as responsabilidades dos municípios em cada uma das duas condições de gestão (Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema) definidas pela NOB 01/96. Os pressupostos básicos da NOST/SUS podem ser sintetizados em: universalidade das ações, independentemente de vínculos empregatícios formais no mercado de trabalho; integralidade das ações, compreendendo assistência, recuperação de agravos e prevenção por meio de intervenções nos processos de trabalho; direito à informação e controle social, com a incorporação dos trabalhadores e seus representantes, em todas as etapas da vigilância à saúde; e regionalização e hierarquização, através da execução das ações de Saúde do Trabalhador em todos os níveis da rede de serviços, organizados num sistema de referência e contra-referência, local e regional.

2.2.2.3 Tópicos da legislação vigente em Saúde do Trabalhador

Buck (2001) vê no processo de redemocratização do Brasil o despertar da consciência do movimento sindical mais organizado na conquista do direito à saúde do trabalhador. Realizações como as I e II Semanas de Saúde do Trabalhador em 1979, organizadas pela Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (futuro Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho); a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em

1986 e a promulgação da Constituição Federal de 1988, tratando em seu capítulo II (Dos Direitos Sociais) art. 7º, inc. XXII, sobre a saúde, higiene e segurança dos trabalhadores, são marcos da introdução da etapa de Saúde do Trabalhador no ordenamento jurídico nacional. A lei Orgânica da Saúde (nº. 8.080/90) e as leis previdenciárias (nºs. 8.212/91 e 8.213/91) instituíram, por sua vez, normas de amparo à saúde do trabalhador. (BUCK, 2001, p.56-57)

Segundo o Ministério da Saúde entre as portarias federais normatizadoras da Saúde do Trabalhador no SUS, duas têm importância fundamental. A Portaria MS nº 3.098 de 30 de outubro de 1998 aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST – SUS) e estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde, definindo o elenco mínimo de ações a serem desenvolvidas pelos municípios, estados e Distrito Federal, habilitados nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96. (BRASIL, 2001b).

A NOST-SUS define em seu artigo primeiro que as ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora, urbano ou rural devem partir dos pressupostos de universalidade, equidade, integralidade, direito à informação sobre a saúde, controle social, regionalização e hierarquização, utilização do critério epidemiológico e, por fim define:

[...] a configuração da Saúde do Trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho. (BRASIL, 2001b p. 60-61).

A segunda Portaria citada, MS nº 3.120 de 1º de julho de 1998, aprovou a Instrução Normativa em Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Esta portaria é de grande importância pois conceitua a Vigilância em Saúde do Trabalhador como:

[...] um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade centra-se na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, que engloba estratégias de produção de conhecimento e de mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, que implicam necessariamente a superação das práticas atuais em direção à transformação do modelo assistencial. (BRASIL, 2001b, p. 16).

Outro Instrumento legal de suma importância é a Portaria 1.679, de 19/09/2002, MS, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS. A RENAST é formada pelo conjunto integrado das redes estaduais, que deverão ser implantadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, envolvendo órgãos de outros setores governamentais, de âmbito federal ou estadual, que executam ações na interface com a saúde do trabalhador e com a saúde ambiental, além de instituições colaboradoras do Ministério da Saúde nesta área.

Devem ser citados como documentos de referência na construção teórica no que se refere à atenção à saúde do trabalhador: a *Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador* de 2004, a *Política Estadual em Saúde do trabalhador* (2003) e as *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* (2004). Nesta última os conceitos de Saúde Bucal Coletiva e Saúde do Trabalhador serão discutidos no sentido de reorientação do modelo de atenção em saúde bucal.

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 integração das ações de Governo no campo das relações de produção-consumo, ambiente e saúde. Define diretrizes que representam objetivos comuns e explicitam as estratégias para sua operacionalização. Atribui enquanto responsabilidade institucional do Ministério da Saúde enquanto gestor do SUS, entre outras:

- Implantar e acompanhar a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador enquanto estratégia privilegiada para as ações desta Política;
- Definir, em conjunto com os estados e municípios, normas parâmetros e indicadores para o acompanhamento das ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no SUS, segundo os respectivos níveis de complexidade destas ações;
- 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. (BRASIL, 2004b)

Nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004, o Ministério da Saúde apresenta propostas para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, fundamentando-se na construção realizada através de congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal. O documento defende que, para a organização deste modelo, é fundamental que sejam pensadas “linhas do cuidado”. Entre estas linhas está a atenção aos adultos, em especial os trabalhadores, que apresentam dificuldade no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços, conduzindo a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias. Sugere-se, 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. Alguns dos pressupostos para reorientação do modelo de atenção em saúde bucal referem-se exatamente à formulação democrática de um diagnóstico das necessidades:

- Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento. Deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;
 - Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
 - Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;
 - Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessárias à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção.
- (BRASIL, 2004a)

Para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer as ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal. (BRASIL, 2004a, p. 16).

Ao implantar a Rede Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador do Estado de Santa Catarina, as Diretrizes da Secretaria de Estado de Santa Catarina em Saúde do Trabalhador (2003) reafirmam, que esta deverá ser feita de forma articulada com as instituições que atuam nesta área, configurando um conjunto de ações de vigilância, orientação e assistência, visando a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos

riscos e agravos advindos do processo de trabalho nos diferentes níveis de atuação do Sistema Único de Saúde.

2.2.2.4 Reconhecimento e regulamentação da especialidade Odontologia do Trabalho pelo Conselho Federal de Odontologia

Por meio das Resoluções nº 22 de 27 de dezembro de 2001 e nº 25 de 28 de maio de 2002 o Conselho Federal de Odontologia reconhece e regulamenta uma nova especialidade: a Odontologia do Trabalho (MAZZILLI, 2003). O artigo 30 da SEÇÃO X do Título I da Resolução no 22/2001 define a nova especialidade: “Odontologia do Trabalho é a especialidade que tem como objetivo a busca permanente da compatibilidade entre a atividade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador”. Entre as áreas de competência da nova especialidade definida pela Resolução 25/2002 estão (a) identificação, avaliação e vigilância dos fatores ambientais que possam constituir risco à saúde bucal no local de trabalho, em qualquer fase do processo de produção; (b) assessoramento técnico e atenção em matéria de saúde [...], entendendo-se inserido na equipe multidisciplinar de saúde do trabalho; (c) planejamento e implantação de campanhas e programas para educação de trabalhadores [...]; (d) organização estatística de morbidade e mortalidade com causa bucal e (e) investigação de suas possíveis relações com as atividades laborais e realização de exames odontológicos para fins trabalhistas. (MAZZILLI, 2003, p. 25-26).

2.2.3 PERSPECTIVAS

2.2.3.1 Desafios para a atenção odontológica ao trabalhador: a organização dos serviços de odontologia frente às manifestações orais de doenças ocupacionais

Segundo o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde, a abordagem das doenças do sistema digestivo, relacionadas ao trabalho, tem se restringido nos textos clássicos de patologia do trabalho às doenças do fígado e vias biliares. Apesar da indiscutível importância destas doenças, outros transtornos também devem ser considerados. Este mesmo documento afirma que no grupo de doenças do sistema digestivo relacionadas ao trabalho (Quadro 1) existe uma nítida interface com a *odontologia ocupacional*, uma vez que várias doenças se manifestam na boca, exigindo que os profissionais estejam preparados para identificá-las e estabelecer condutas adequadas para assistência e prevenção. (BRASIL, 2001a).

Problemas dentários são, também, causa importante de absenteísmo e podem estar associados ao comprometimento de órgãos vizinhos (ossos, seios da face), à função de mastigação correta, à possibilidade de se comportarem como foco séptico e à possibilidade de expressarem enfermidades dissimuladas durante o período de desenvolvimento dentário. (BRASIL, 2001a, p. 363).

Quadro 1 - Lista de doenças do sistema digestivo, relacionadas ao trabalho, de acordo com a portaria/MS n.º 1.339/1999.

Doença	Código
Erosão dentária	K03.2
Alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes	K03.7
Gengivite crônica	K05.1
Estomatite ulcerativa crônica	K12.1
Gastroenterite e colite tóxicas	K52.-
Cólica do Chumbo	K59.8
Doença tóxica do fígado	K71.-
Hipertensão portal	K76.6

Fonte: Ministério da Saúde, Doenças do Sistema Digestivo Relacionadas ao Trabalho: grupo XI da CID-10.(BRASIL, 2001a).

Em função da evidente relação entre a forma de inserção dos indivíduos no processo de trabalho e as especificidades do processo saúde-doença, surgem no país trabalhos científicos que buscam avaliar esta correlação no que concerne especificamente às alterações bucais. Estas publicações abrem um espaço na produção de conhecimento nesta área e subsidiam as discussões relativas às práticas do profissional de odontologia e dos serviços que atendem à população trabalhadora.

Ainda que a investigação não tenha proposto enquanto objeto central o estabelecimento das relações do trabalho com o adoecimento, o levantamento de Ferraz e Bellini (1983) em um

grupo de trabalhadores adultos em Jundiaí acaba por registrar as condições de saúde bucal dos trabalhadores de uma indústria cerâmica e o próprio conceito de oferta de serviço odontológico em determinado período no País. Neste trabalho, número de dentes e presença de dentadura foram anotados para mandíbula e maxila e estes dados relacionados com as variáveis grupos etários e faixa salarial. Apesar da alta porcentagem de indivíduos de baixa idade (81,2% dos indivíduos tinham no máximo 35 anos), a proporção de dentes perdidos foi alta e esta perda se agravava com o avançar da idade (abaixo de 26 anos a média de dentes era de 24,6 – d.p. 5,9. Para o grupo de 40 anos, metade da dentição havia sido perdida e acima dos 45 a perda era de 2/3 dos dentes). Os pesquisadores salientam que a oferta gratuita de extrações odontológicas pela indústria em que trabalhavam os pesquisados e a solicitação dos próprios trabalhadores por este procedimento, mesmo em situações em que o dente estava acometido por cáries simples, teria correlação direta com o quadro de mutilação. Os autores finalizam o trabalho com o seguinte parágrafo: “A partir dos 25 anos a preservação vai se tornando cada vez mais difícil, mostrando que após os 35 anos, na indústria de cerâmica em estudo, o tratamento mais freqüente é a prótese total.” (FERRAZ e BELLINI, 1983, p. 335).

Roncalli et al. (1999) fazem uma revisão de como a atenção odontológica do Brasil tem se estruturado historicamente. Algumas tendências são percebidas nos sistemas municipais de saúde como o Sistema Incremental; Programa de Inversão da Atenção; Atenção Precoce em Odontologia e a Odontologia a partir do Núcleo Familiar. O autor defende que os modelos de atenção ao se estruturarem no país, devem fazê-lo a partir de um reordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença bucal. No entendimento do autor, o Sistema Único de Saúde proporciona uma base filosófica e programática que aponta para esta mudança de concepção e que portanto, a defesa do SUS como um sistema de saúde para todos os brasileiros é a base desta estratégia.

Botazzo et al. (1995) pesquisaram as condições do acesso de trabalhadores e adultos aos serviços públicos odontológicos nos Sistemas Locais e Regionais de Saúde, a partir das informações prestadas pelos gestores de Escritórios Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (ERSA) e Secretarias Municipais de Saúde das Capitais (SMS), utilizando o recorte da universalização da assistência a saúde, um dos princípios norteadores do SUS. Os resultados indicaram que adultos/trabalhadores são atendidos pelos serviços nos casos de urgência/emergência, que a assistência é ofertada de modo irregular, e que a criança continua a ser grupo social de eleição para os serviços públicos odontológicos.

Tomita et al. (1999) efetuaram um estudo para estimar a prevalência de cárie dentária e doença periodontal em trabalhadores de uma indústria alimentícia de Bauru-SP-Brasil e verificaram a associação entre fatores ambientais no processo de trabalho e as condições de saúde bucal. Foi realizado o levantamento das condições bucais junto a 156 trabalhadores, em uma amostra aleatória sistemática do total de funcionários de todos os setores. O grupo de estudo foi composto por funcionários da fábrica de chiclete e chocolate, e o grupo-controle foi formado por funcionários não submetidos à exposição constante a partículas de farinha e açúcar. Utilizaram-se os índices CPO-D (cárie dentária) e CPITN (doença periodontal), de acordo com a metodologia da OMS. Verificou-se CPO-D de 15,73 para o grupo de estudo e 15,53 para o grupo-controle. Quanto à doença periodontal, verificou-se que, no grupo de estudo, 17% dos trabalhadores apresentavam cálculo, 60% tinham bolsas de 4-5 mm de profundidade e 23% tinham bolsas de + de 6mm. No grupo controle, a distribuição da amostra foi de 44,4% para presença de cálculo, 44,4% para pacientes com bolsas de 4-5 mm e 11,1% para bolsas de + de 6 mm. Os trabalhadores expostos a açúcares apresentaram níveis mais elevados de doença periodontal ($p < 0,0001$), porém, não de cárie.

Araújo e Marcucci (2000), pesquisando 149 trabalhadores, em três indústrias da Grande São Paulo observaram que existem diferenças estatisticamente significativas entre as indústrias

de galvanoplastia quanto às alterações de mucosa e quanto à sintomatologia bucal. As alterações gengivais e dentárias, ainda que apresentassem variações entre as indústrias, acompanhavam o quadro da população em geral. Concluindo que as condições de trabalho interferem na qualidade de saúde bucal dos trabalhadores e que é necessário o respeito à individualidade do paciente, o que passa necessariamente pela forma de verificação das doenças de trabalho, Araújo e Marcucci (2000) contextualizam sua pesquisa lembrando que:

A prática hoje, em relação à saúde bucal do trabalhador, se refere a exames admissionais, processados por odontologia de grupos ou empresariais, que vendem certo trabalho por preço anteriormente estipulado e de acordo com determinados padrões encomendados pelos empregadores. Desta forma o Cirurgião-Dentista estará selecionando o operário conforme as normas estabelecidas pelo contratante. (ARAÚJO e MARCUCCI, 2000, p.21).

Demonstrando que questões relativas ao trabalho podem estar associadas não apenas com o trabalhador mas até mesmo com a saúde de sua família, Tomita et al. (2000), realizaram um inquérito epidemiológico com 618 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de 3 a 5 anos, matriculadas em instituições públicas ou privadas do município de Bauru, partindo da hipótese de que determinantes socioeconômicos afetam o estado emocional da criança e isto se manifesta através de hábitos bucais. Entre os determinantes socioeconômicos relacionados com a maior prevalência de hábitos bucais das crianças estava o trabalho materno e ocupação da pessoa de maior renda no domicílio.

Apesar da alta prevalência de cárie dentária e de agravos periodontais, Silva (2000) detectou uma auto-percepção eminentemente positiva de condições de saúde bucal de uma população de 113 trabalhadores que freqüentaram o Serviço de Saúde do Trabalhador do município de Diadema, SP. Implicando na necessidade, não apenas de facilitar o acesso da população adulta trabalhadora aos serviços de atenção à saúde bucal, mas de promover o diálogo e a promoção de uma consciência do trabalhador de sua condição de saúde.

O retorno em forma de comunicação pública, a necessidade de discussão e ações que possibilitem mudanças do perfil epidemiológico são igualmente apontados nas considerações finais do relatório do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira divulgado em 2003. Ainda que o edentulismo entre adultos e idosos apresentasse uma alta prevalência (não tendo sido observadas mudanças positivas neste quadro em relação aos dados levantados em 1986) e que os dados relativos às necessidades de reabilitação protética para indivíduos acima de 35 anos apontassem para a necessidade de organização de serviços especializados em Odontologia, a auto-percepção sobre a saúde bucal evidenciada nesta pesquisa, era eminentemente positiva. Dos entrevistados 53% classificaram como boa ou ótima a sua saúde bucal, 67% consideravam boa ou ótima a mastigação e 78% consideravam boa ou ótima a fala. Tamanha disparidade entre a situação epidemiológica da população e sua auto-percepção de saúde reforça a reflexão sobre comunicação em saúde bucal e consciência sanitária, especialmente nas referidas linhas de cuidado.

A sistematização de pesquisas publicadas no período de 1980 a 2000, feita por Vianna (2001) sobre os efeitos das exposições ocupacionais a névoas ácidas, considera especificamente a perda mineral, alterações periodontais, lesões de mucosa e sintomas orais. A autora ressalta a importância das condições de trabalho para as estruturas bucais, e o especial interesse pelas névoas ácidas, não só pela gravidade e diversidade dos efeitos potenciais, mas também pela sua presença freqüente em diversos processos industriais. Relata que, em relação à perda mineral, apenas um estudo considerou as variáveis de confusão e embora nenhum dos estudos tenha considerado a antecedência temporal em relação ao efeito observado, alguns estudos sugerem uma tendência do tipo dose-resposta. No período da revisão apenas três estudos relacionavam névoas ácidas a alterações periodontais, estudos que tentaram estabelecer a relação destas névoas com lesões da mucosa oral e sintomas subjetivos eram incipientes e de resultado controverso.

Ainda segundo Vianna (2001), todos os estudos foram de corte transversal com amostras pequenas, predominando as análises descritivas de morbidade. Embora estivesse implícito nos trabalhos a multicausalidade dos efeitos em estudo, esses aspectos não foram apropriadamente considerados em sua maioria. Mesmo que a escassez de variáveis limitasse a formulação de hipóteses para pesquisas futuras, ficou evidente a necessidade do estudo do tempo de indução dessas alterações que possa estabelecer estratégias de prevenção, centradas no monitoramento dos riscos e não de seus efeitos.

Na análise de Pizzato (2002), sobre a existência de programas de atenção em saúde bucal para os trabalhadores das indústrias do setor privado dos municípios de Araçatuba e Birigui (SP), apenas 34% das empresas apresentavam estes programas de atenção odontológica voltados aos seus empregados. A estrutura clínico-organizacional dos serviços odontológicos em 47 indústrias apresentava características predominantemente curativo-restauradoras em detrimento às atividades preventivas de caráter coletivo. Observou uma correlação positiva entre o porte destas empresas e a oferta destes serviços. Com pouca ênfase em atividades preventivas, o autor conclui que a existência destes serviços parece estar voltada mais aos interesses dos empregadores que aos dos trabalhadores.

Parte das publicações assume, no entanto, uma abordagem diferenciada. Observam o adoecimento do trabalhador enquanto risco iminente ao aumento da produtividade, lucro e concorrência das empresas, ou propõem que a estruturação do cuidado ao trabalhador deva estar necessariamente atrelada ao ganho econômico e ao benefício direto do empregador.

Para Martins (2002) o absenteísmo é um motivo de interesse crescente, visto o atual contexto econômico de competitividade, fazendo com que as empresas procurem meios para diminuir sua ocorrência, aumentando sua rentabilidade e com isto crescendo de forma sustentada. Constatadas as inúmeras variáveis envolvidas no processo, procurou-se estudar o absenteísmo

por razões médicas e odontológicas, no serviço público e privado, analisando-se a idade, sexo e função do trabalhador, além do regime empregatício e como estas variáveis interferem na sua ocorrência. Coletando dados de atestados médicos e odontológicos de uma indústria acrílica e na prefeitura do Município de Araçatuba, verificou que a falta por motivos odontológicos tem pouco peso sobre o total de faltas por motivo de doença, além de provocarem o afastamento do trabalhador por um período menor.

Mazzilli (2003) defende por sua vez que absenteísmo no trabalho motivado por razões odontológicas é muito pouco discutido na literatura especializada, mas quando esta questão é abordada, afere-se que tem enorme prevalência na população. Defende que a proteção da qualidade de vida e saúde do trabalhador deva estar acima dos interesses comerciais, mas reconhece que na prática empresarial exista o predomínio destes interesses. Mesmo na lógica do retorno do capital, acredita que seja justificável e que deva ser privilegiado o investimento em saúde do trabalhador, e realiza a seguinte afirmação:

A sobrevivência da empresa do mundo globalizado de hoje depende da sua capacidade de produzir bem e barato. Muitos equipamentos automatizados substituem dezenas de operários e trabalhadores nos mais diversos setores de atividade, e funcionam, via de regra, como programado. Naturalmente, esses equipamentos não se organizam para reivindicar melhores salários ou condições operacionais... No entanto são equipamentos que requerem e recebem cuidadosa manutenção preventiva. Mas, felizmente não prescindem do homem, que os programam e os operam, o que caracteriza os recursos humanos como sendo o bem mais importante da empresa, ou seja, o homem mantém-se como peça fundamental do sistema de gerenciamento, criação, produção e lucro. (MAZZILI, 2003, p. 80).

Peres et al. (2004), realizam uma revisão de literatura citando a relação do homem com o trabalho na pré-história, passando pela antiguidade até a era industrial. Reconhecem a centralidade da Constituição de 1988 no estabelecimento das diretrizes para a atenção aos trabalhadores e a recorrente tentativa de mutilar as características principais do SUS, particularmente a universalidade e a integralidade. Registram que a Odontologia do Trabalho como especialidade odontológica, tem o intuito de estudar interpretar e solucionar os diferentes

problemas bucais que atingem os trabalhadores, dentro de um contexto de valorização dos recursos humanos.

Acreditam que a inserção do odontólogo nos ambulatórios de saúde do trabalhador pode preencher os hiatos no atendimento odontológico à população adulta, e que a recém criada especialidade da Odontologia do Trabalho deve encaixar-se neste cenário de maneira a elucidar a função do cirurgião-dentista, estabelecendo como atender o trabalhador de maneira que ele receba atenção específica para suas necessidades. Peres et al. (2004) remetem à dissertação de Midorikawa (2000) para elencar os benefícios da inserção do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador.

Para o próprio trabalhador, pode-se citar desde o aprendizado dos cuidados com a higiene bucal, aumento da motivação e da imagem da empresa diante do trabalhador, até a facilidade de acesso aos cuidados odontológicos, tratamento das doenças bucais, eliminação dos focos de infecção e das dores de origem dentária. A própria empresa também se beneficiará [...] pois os índices de absenteísmo também serão diminuídos, a imagem da empresa no mercado será melhor, haverá maior produtividade individual, diminuição das possibilidades de acidentes de trabalho e doenças profissionais com manifestações bucais sem que, para isso, haja qualquer custo adicional. [...] Como nova especialidade que é, a Odontologia do Trabalho, também abre um novo mercado de trabalho para o cirurgião-dentista. (MIDORIKAWA, 2000, APUD PERES et al. 2004, p. 40).

2.3 MÉTODO

2.3.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo de caso realiza uma pesquisa de campo do tipo exploratório-descritivo (TRIVIÑOS, 1987). Desta “investigação de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema”, decorrem outras três finalidades: (a) o desenvolvimento de hipóteses, (b) o aprofundamento do pesquisador em um ambiente, fato ou fenômeno, com vista a pesquisas futuras mais precisas e, finalmente, (c) a possibilidade de clarificar conceitos. A pesquisa de campo, voltada ao estudo de grupos, comunidades e instituições para a compreensão de aspectos da sociedade, apresenta entre suas vantagens “o acúmulo de informações que podem inclusive ser analisado por outros pesquisadores”.

2.3.2 LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO

O estudo realizou um levantamento em unidades de saúde municipais que disponibilizam atendimento odontológico. Todos os odontólogos da Secretaria Municipal de Florianópolis alocados nestas unidades no período de distribuição dos questionários foram convidados a participar do estudo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis gerencia, no ano de 2005, 48 Unidades de Saúde, sendo 46 unidades de saúde classificadas como básicas. Em abril de 2001, o Município

adotou como modelo básico de atenção o Programa de Saúde da Família - PSF. O PSF iniciou em 1995 e hoje alcança 34 unidades de saúde (com 43 equipes PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, implantado em 100% do território do município, está vinculados às unidades ou áreas de saúde. A rede possui unidades com prestação de serviços no modelo PSF e que também realizam atendimento docente-assistencial. Segundo informa o *site* da Secretaria, as equipes de saúde do PSF são compostas por médicos com perfil de generalista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, não disponibilizando informações oficiais sobre o número de odontólogos ou sua distribuição na rede de assistência.

Através da lista de unidades disponível no *site* www.pmf.sc.gov.br, acessado em 28 de abril de 2005, foi feito contato telefônico com as unidades e foram agregadas outras informações como o número de odontólogos, nome dos odontólogos, turno de trabalho e localização das unidades. Desta forma foi consolidada a lista das Unidades de Saúde com atendimento odontológico em Florianópolis. (APÊNDICE C)

Quadro 2 – Número total de unidades e de profissionais convidados a participar do estudo.

CIDADE	Número de Unidades	Número de Odontólogos
Florianópolis	44	63

2.3.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Este estudo utiliza a técnica de amostragem não-probabilista por voluntários. Uma amostragem não-probabilista caracteriza-se pelo fato de não se fazer o uso de formas aleatórias de seleção. Esta amostra não-probabilista é por voluntários já que todos os odontólogos foram

convidados a participar do estudo e apenas os que aceitaram responderam ao questionário Assim, estas técnicas não podem ser objeto de certos tipos de tratamento estatísticos, mas uma vez aceitas as limitações da técnica, a principal das quais é a impossibilidade de generalização dos resultados do inquérito à população, ela tem sua validade dentro de um contexto específico. (MARCONI e LAKATOS , 2001; BERQUÓ, SOUZA e GOTLIEB, 1981).

Para Rea e Parker (2002), a despeito da impossibilidade de se analisar a amostra em termos de distribuição normal, a amostragem não-probabilística (termo ligeiramente diferente do utilizado por Markoni e Lakatos, 2001) pode ser útil ao pesquisador porque é consideravelmente menos complicada do que a seleção randômica e é, portanto, muito menos demorada e dispendiosa do que a amostragem probabilística.

2.3.4 PROCEDIMENTOS E INTERVENÇÕES

2.3.4.1 Estruturação do instrumento de pesquisa

A escolha dos pesquisadores enquanto procedimento sistemático para a obtenção da observação direta recai sobre o questionário. Entre as vantagens apresentadas por esta técnica de coleta de dados foram especialmente importantes para os pesquisadores:

- 1) A capacidade de atingir um maior número de pessoas simultaneamente;
- 2) Abranger uma área geográfica mais ampla;
- 3) Economia de tempo e de pessoal;
- 4) Obtenção rápida e precisa de respostas;

- 5) Liberdade nas respostas em função do anonimato;
- 6) Segurança (do pesquisado) pelo fato dos questionários não serem identificados.

Em função destas características do método, foram aceitas as desvantagens que seguem:

- 1) Percentual pequeno de retorno e a possibilidade de recebimento de muitas questões em branco;
- 2) Impossibilidade de auxiliar o informante em caso de questões mal compreendidas;
- 3) A leitura de todo questionário antes de responder pode representar influência entre as questões;
- 4) A devolução tardia prejudicando o cronograma e sua utilização;
- 5) Desconhecer as circunstâncias do preenchimento;
- 6) A possibilidade de que nem sempre é o escolhido quem responde ao questionário.

No processo de elaboração do questionário, o assunto foi subdividido em temas e de cada um dos temas foi extraído um grupo de perguntas. Este processo procurou seguir as diretrizes para a redação de perguntas propostas por Rea e Parker (2002), observando o nível de linguagem, evitando palavras e frases não-específicas, perguntas com múltiplas finalidades, informações manipulativas e dispositivos para indicar ênfase que provoquem uma resposta emocional ou imponham um conceito de importância para o pesquisador.

Um pré-teste foi realizado com o questionário já em fase final de estruturação. Este projeto piloto foi realizado na rede pública de saúde da cidade de Porto Alegre e teve como objetivo verificar se o questionário apresenta, de acordo com Marconi e Lakatos (2001):

- a) Fidedignidade. Qualquer pessoa que o aplique obterá sempre os mesmos resultados.
- b) Validade. Os dados recolhidos são necessários à pesquisa.
- c) Operatividade. Vocabulário acessível e significado claro.

Os temas escolhidos apresentavam vinculação aos objetivos, geral e específicos, e foram estruturados com base nos seguintes documentos:

1 - Portaria 3.120 de 1º de julho de 1998 – Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Conceitua a vigilância em saúde do trabalhador como um conjunto de práticas sanitárias articuladas supra-setorialmente cuja especificidade centra-se na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, que engloba estratégias de produção de conhecimento e de mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, que implicam necessariamente na superação das práticas atuais em direção da transformação do modelo assistencial.

2 - Portaria 3.908 de 30 de outubro de 1998 – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador.

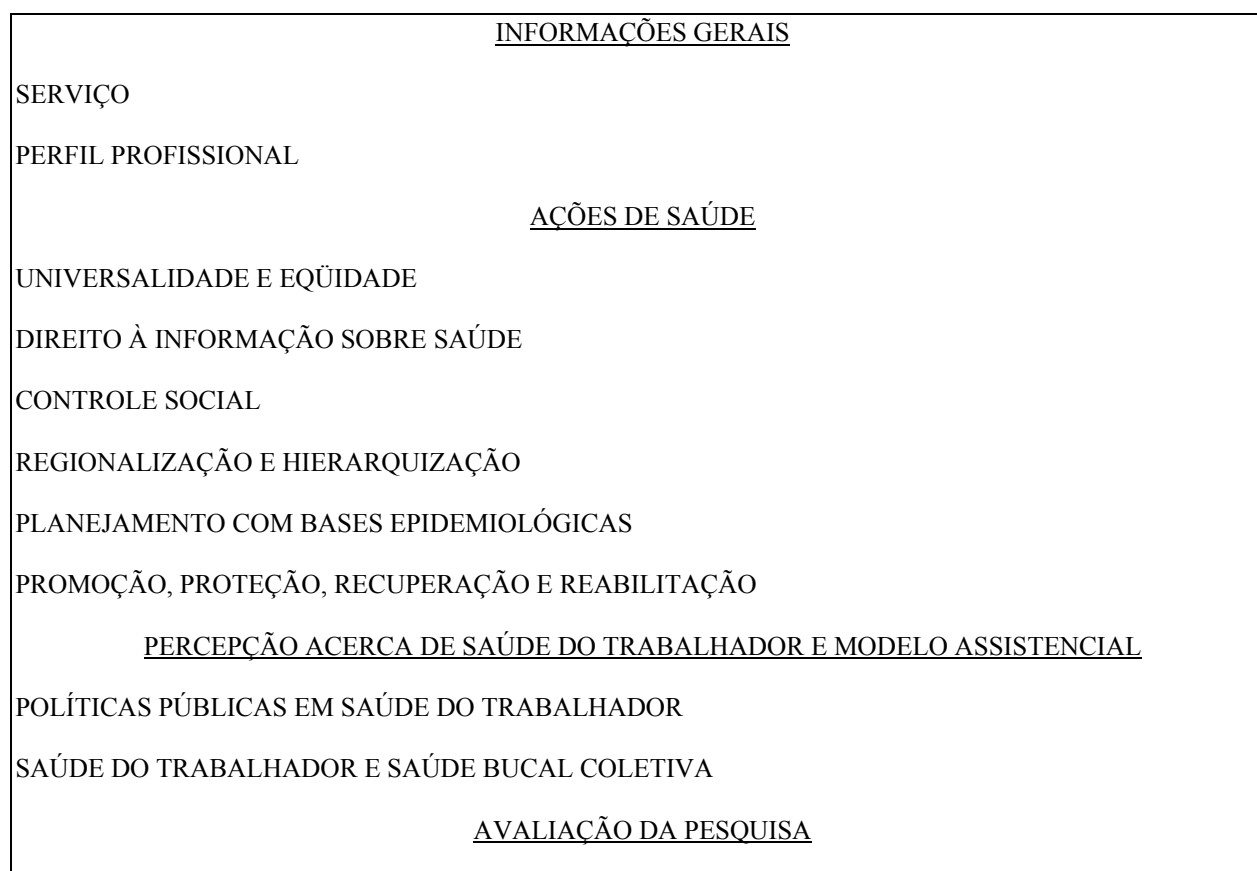
Orienta e instrumentaliza a realização das ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora, urbano e rural, pelos Estados, o Distrito Federal e os Municípios, reafirmando os pressupostos básicos da I Universalidade e equidade, II Integralidade das ações, III Direito à informação, IV Controle social, V Regionalização e hierarquização, VI Utilização do critério epidemiológico e VII Configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho.”

3 - Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, janeiro de 2004.

apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito de cuidado como eixo de reorientação do modelo

As questões foram codificadas para facilitar posterior tabulação e foram acompanhadas de instruções definidas para que o informante saiba o que se espera dele. E o formato final do instrumento pode ser resumido conforme o seguinte esquema:

Figura 1 - Eixos do questionário.



2.3.4.2 Distribuição dos instrumentos de pesquisa e coleta dos dados

Para a consolidação final e 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. Constituído por uma série ordenada de perguntas, o questionário foi enviado pelo correio acompanhado de uma carta explicativa, do termo de consentimento livre e esclarecido e do envelope de retorno com as taxas de postagem pagas.

A coleta de dados foi feita pela aplicação do questionário auto-explicativo, constituído de 48 questões, subdividido enfim em: (A) Informações Gerais, (B) Eixos de Investigação e (C) Avaliação da relevância para os sujeitos pesquisados do processo de investigação. (APÊNDICE B).

2.3.5 PRECEITOS ÉTICOS NA PESQUISA COM SERES HUMANOS

O projeto de pesquisa foi devidamente encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina em 30/05/2005, Projeto número 082/2005 (ANEXO A). A participação dos indivíduos na pesquisa foi atrelada à concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Para que o processo de coleta de dados permitisse total confidencialidade da opinião e de dados dos sujeitos da pesquisa, todos os passos foram centralizados pelos pesquisadores, não havendo identificação nominal do instrumento de pesquisa, apenas um número de identificação. A posterior armazenagem destas informações também é de responsabilidade exclusiva dos pesquisadores durante todo prazo legal previsto para manutenção dos questionários. (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

Está previsto, em função do compromisso ético dos pesquisadores, o retorno dos dados e das informações coletadas à comunidade por meio de publicação científica e comunicação posterior para as instituições participantes da pesquisa.

CAPÍTULO III

3.1 RESULTADOS

3.1.1 ARTIGO 1

[NORMAS DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE]

1. Título

Saúde do trabalhador e a atenção odontológica: entre o cuidado e a superespecialização.

Workers health and dental assistance: between care and over-specialization.

2. Folha de apresentação

Alex Elias Lamas* lamas.alex@gmail.com

Maria Cristina Marino Calvo** mcmcalvo@terra.com.br

[Endereço: Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Campus](#)

[UFSC, Bairro Trindade, Florianópolis/ Santa Catarina.](#)

*Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Mestrando em Odontologia, área de concentração: Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Doutora em Engenharia da Produção; Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

3.1 Resumo

Este trabalho discute a atuação profissional do dentista e contextualiza o reconhecimento e a regulamentação da nova especialidade da odontologia do trabalho, a partir de uma revisão da história das políticas públicas em saúde e da evolução dos conceitos de atenção a saúde do trabalhador. Suplantar práticas e conceitos incoerentes com as propostas construídas no campo da saúde nas últimas décadas no País é um desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde que prestam assistência aos trabalhadores. De forma adversa à tendência observada na fala de diversos atores envolvidos na questão, uma intervenção atenta às conquistas históricas registradas no arcabouço jurídico-institucional brasileiro, que compreenda as especificidades da reestruturação produtiva no perfil epidemiológico do trabalhador, deve fazer parte da construção desta linha de cuidado.

Descritores: Saúde do trabalhador, Odontologia do trabalho, Modelo tecnoassistencial.

3.2 Abstract

This study realizes a literature review on Brazilian public health policies and on the evolution of worker's health care concepts to discuss dentist's interventions and to contextualize the recognition and regulation on the specialization so called 'Labour Dentistry'. To overcome practices and concepts which are incoherent with the new propositions acquired on the health area trough the last decades in Brazil, is a challenge to be faced by health services dealing with workers assistance. Despite the main stream opinion, an intervention aware of historical conquests guaranteed by law, of the specificity of third industrial revolution and to the workers epidemiological situation, must be part of the construction of this type of care.

Descriptors: Workers's Health, Labour Dentistry, Tecnoassistencial Models.

3.3 Texto

Introdução

O quadro epidemiológico do trabalhador brasileiro, decorrente de uma história de indiferença com a saúde bucal e com as manifestações orais associadas às doenças ocupacionais, justificou a criação de uma nova especialidade, logo celebrada por profissionais e entidades de classe da odontologia. Por meio das Resoluções nº 22 de 27 de dezembro de 2001 e nº 25 de 28 de maio de 2002 o Conselho Federal de Odontologia reconhece e regulamenta a Odontologia do Trabalho.

O artigo 30 da SEÇÃO X do Título I da Resolução nº 22/2001 define esta nova especialidade: 'Odontologia do Trabalho é a especialidade que tem como objetivo a busca permanente da compatibilidade entre a atividade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador'. Entre as áreas de competência da nova especialidade definida pela Resolução 25/2002 estão (a) identificação, avaliação e vigilância dos fatores ambientais que possam constituir risco à saúde bucal no local de trabalho, em qualquer fase do processo de produção; (b) assessoramento técnico e atenção em matéria de saúde [...], entendendo-se inserido na equipe multidisciplinar de saúde do trabalho; (c) planejamento e implantação de campanhas e programas para educação de trabalhadores [...]; (d) organização estatística de morbidade e mortalidade com causa bucal e (e) investigação de suas possíveis relações com as atividades laborais e realização de exames odontológicos para fins trabalhistas. (MAZZILLI, 2003, p. 25-26).

Porém, compreendendo que a atenção ao trabalhador não é de exclusividade desta incipiente especialidade, mas objeto das atividades do cirurgião-dentista na rede de saúde, seja ela pública ou privada, verifica-se ainda uma grande distância entre a prática diária do

profissional da odontologia e a necessidade de cuidado às especificidades do grupo da população trabalhadora. (BOTAZZO et al.,1995; RONCALLI et al.,1999; SILVA, 2000 e PIZZATO; 2002). Intervenções muito mais voltadas à manutenção da intocabilidade do processo produtivo, impregnadas com a visão de que a atenção à saúde do trabalhador é feita tão somente no ambiente da fábrica (e para a fábrica) dão continuidade ao quadro de iniquidade no acesso aos serviços e ao cerceamento do direito de uma atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Tendo em vista a aproximação do cuidado odontológico com a problemática das relações existentes entre o processo de trabalho e o processo saúde-doença, este texto propõe a contextualização das propostas construídas no campo da saúde nas últimas décadas no País. Desta forma, procuramos indicar alguns pontos específicos que merecem a atenção do profissional de odontologia para que este possa apropriar-se do conhecimento desenvolvido em torno do campo da Saúde do Trabalhador e utilizar-se da rede de suporte conquistada pela articulação de profissionais e trabalhadores dentro das políticas públicas brasileiras. Este estudo realiza um resgate da formação do campo da Saúde do Trabalhador (ST) e pretende contribuir para a discussão da inserção do cuidado odontológico em grupos da população trabalhadora. Para tanto apresenta uma revisão de literatura em torno das Políticas Públicas de Saúde, da Saúde do Trabalhador, da Odontologia do Trabalho e dos Programas de Saúde do Trabalhador,

Políticas públicas de saúde brasileiras e modelos econômicos

Para entender o complexo sistema de saúde brasileiro, diversos autores realizam uma contextualização histórica de forma a elucidar a origem de elementos, muitas vezes contraditórios entre si, mas que ainda marcam a forma de organização e prestação de serviços de saúde no País. Não cabe aqui realizar um resgate do longo caminho percorrido pelos trabalhadores para que seus

direitos básicos fossem registrados no arcabouço jurídico-institucional do País, mas é necessário apresentar algumas características da trajetória das políticas públicas de saúde brasileiras, ressaltando os avanços na legislação, a consolidação do campo da Saúde do Trabalhador e o próprio conceito de ‘trabalhadores’, objetos/sujeitos de nossas práticas.

Mendes (1999) correlaciona o processo de construção e desenvolvimento do sistema brasileiro de saúde com os modelos econômicos nacionais. No período onde a economia estava atrelada ao modelo agro-exportador, uma concepção de saúde fundamentada na relação linear agente-hospedeiro permeava o *modelo sanitaria-campanhista*, que buscava acima de tudo a erradicação das doenças que poderiam prejudicar as exportações e o saneamento dos espaços de circulação. Com o início do desenvolvimento industrial, o Brasil foi testemunha do surgimento de uma massa operária urbana e da necessidade de atuação sobre o corpo do trabalhador, de forma a manter e restaurar a sua capacidade produtiva. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 foi o momento institucional de consolidação do *modelo médico-assistencial-privatista*, que privilegiaria a prática médica curativa, individual, especializada e a criação, por meio de intervenção estatal, do complexo médico-industrial propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado destes serviços.

O País se desenvolve economicamente entre 1964 e 1988 com a expansão da produtividade, modernização da economia e entrada de capital estrangeiro. Do ponto de vista político, o bloco militar-tecnocrático-empresarial busca apoio popular com medidas sociais (FALEIROS, 2000). Ainda assim...

[...] 40 milhões de brasileiros não tinham nenhum acesso a serviços médicos, consolidando-se a desigualdade: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para um grupo seletivo de assalariados e classe média, os serviços públicos para pagantes da previdência e, para os pobres, a *caridade*, feita em geral, por

entidades municipais ou filantrópicas com apoio estatal. (FALEIROS, 2000, p. 48).

Nos anos 70 e 80, de acordo com Martins Filho (1989), o freqüente insucesso de diversos programas voltados à saúde do trabalhador ocorria em decorrência de iniciativas exclusivamente institucionais, eventualmente em articulação com a empresa, mas sem a participação dos trabalhadores. Porém, foi neste período histórico de alargamento do espaço democrático, conquistado pela luta dos trabalhadores, que se evidenciou a falência das políticas na área de prevenção de acidentes e doenças do trabalho. Um exemplo concreto da incapacidade estrutural do modelo proposto nesta época está na falsa redução do número absoluto dos acidentes de trabalho a quase um quinto nos dados de 1985 se comparados com os dados de 1975. Esta distorcida redução dos indicadores se deu exclusivamente pelo favorecimento ao sub-registro (Resolução do INPS de n° 900, de 19/10/75) e pela eliminação de determinadas enfermidades da lista de doenças profissionais (Lei 6.367, de 19/10/76). Para Martins Filho (1989) esta era uma evidência da

[...] contradição entre trabalho e saúde em uma sociedade onde a organização do trabalho estava voltada a assegurar o nível de produtividade em função do lucro, neste equilíbrio de forças a sociedade exprimia as normas legislativas, a organização dos serviços e a formação dos recursos humanos. Sob este prisma as estruturas de atenção à saúde, previdenciária e de fiscalização dos ambientes de trabalho, foram montadas para manter e reproduzir a intocabilidade da fábrica. (MARTINS FILHO, 1989. p. 27).

Roncalli (2003) reafirma que as tentativas do Estado brasileiro de resolução dos problemas de saúde da população até os anos 80 possuíam duas características básicas: a estreita relação entre o estabelecimento das políticas de saúde e o modelo econômico vigente e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e as de assistência médica.

Anos 80: recordes mundiais de acidentes de trabalho, alargamento democrático, novos conceitos de Saúde do Trabalhador e a consolidação do Sistema Único de Saúde apontando para a necessidade de novas práticas

Para Gomez e Carvalho (1993) a desconfortável posição brasileira de recordista mundial de acidentes de trabalho no início dos anos 70, uma expressão dramática do “milagre econômico brasileiro”, forçou o governo a criar o Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional nas empresas. Uma crítica a esta iniciativa se vincula ao fato de que os profissionais da saúde, engenheiros e supervisores eram demitidos sem a apreciação dos trabalhadores e sem garantias legais de autonomia em relação à empresa. Sob condições tão restritas, o cuidado se transformou em mecanismo de controle utilizado para recrutamento e seleção, para regular o absenteísmo e encobrir o desgaste do trabalhador na empresa.

Buck (2001) vê no processo de redemocratização do Brasil o despertar da consciência do movimento sindical mais organizado na conquista do direito à saúde do trabalhador. Realizações como as I e II Semanas de Saúde do Trabalhador em 1979, organizadas pela Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (futuro Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho), a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a promulgação da Constituição Federal de 1988, foram marcos principais da introdução da etapa de Saúde do Trabalhador no ordenamento jurídico nacional. A lei Orgânica da Saúde (nº. 8.080/90) e as leis previdenciárias (nºs. 8.212/91 e 8.213/91) instituíram, por sua vez, normas de amparo à saúde do trabalhador. (BUCK, 2001, p.56-57).

Saúde do Trabalhador e reestruturação produtiva

Os principais termos utilizados até a consolidação do *campo da Saúde do Trabalhador*, por serem resultantes de seu tempo, definem de certa forma o ambiente e o conceito subjacente às propostas que deram origem a estas terminologias. Assim, os conceitos de saúde no trabalho são verdadeiros registros dos momentos políticos e econômicos, dos embates vivenciados dentro e fora deste campo, dos progressos e das limitações das propostas de atenção à saúde.

Colacioppo (1989) apresenta a Saúde Ocupacional como uma ciência mais voltada à prevenção dos riscos à saúde do trabalhador oriundos do ambiente geral e principalmente do ambiente ou atividade profissional, necessitando para atingir seu objetivo a participação de várias outras ciências, existindo inclusive certa dificuldade no estabelecimento de consenso em torno de sua denominação. O termo *Higiene Industrial* se difundiu pela influência das publicações norte-americanas nesta área, embora o termo original (*Industrial Hygiene*) relativo a toda atividade laborativa tenha um significado mais amplo que sua tradução literal. A denominação *Higiene Ocupacional* reflete mais adequadamente em língua portuguesa a real proposta desta ciência, estando de acordo com a terminologia da Organização Mundial de Saúde e da comunidade científica européia. Porém no Brasil, pela concordância com os termos Medicina do Trabalho e Engenharia da Segurança do Trabalho, fixadas em lei, o termo *Higiene do Trabalho* passou a ser o mais aceito, reservando-se o termo Saúde Ocupacional para a ciência maior que engloba as três citadas, entre outras.

Evidencia-se assim que, para uma uniformização, necessário se faz ter uma visão ampla da Saúde Ocupacional, cuja própria denominação tem sido colocada em discussão atualmente, com a proposta de alteração para Saúde do Trabalhador, que melhor reflete seu escopo. (COLLACIOPPO, 1989, p. 74).

A compreensão da relação trabalho-doença como resultado exclusivo da ação isolada de um agente patogênico no corpo do trabalhador, ou mesmo com a interação de vários agentes, constitui a base teórica e conceitual das práticas convencionais no cuidado médico industrial e de

saúde ocupacional. (GOMEZ e CARVALHO, 1993). Na medida em que a saúde ocupacional avança para uma proposta interdisciplinar, ainda com base na higiene industrial e relacionada com o ambiente de trabalho-corpo do trabalhador, incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção de doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Porém, se os agentes e riscos são assumidos como peculiaridades “naturalizadas” de objetos e meios de trabalho, descontextualizadas das razões que se situam em sua origem, repete-se na prática as limitações da medicina do trabalho. (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

A Saúde do Trabalhador, segundo Niero (2000), surge na tentativa de realizar esta ruptura da concepção hegemônica, que estabelece a relação da doença com o trabalho baseando-se em um agente específico ou em um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. Esta nova denominação nos remete à discussão da participação do trabalhador no processo produtivo além da necessidade de real consideração de sua subjetividade.

Dias (2000) aborda aspectos das questões da saúde relacionados ao trabalho, contextualizando-os dentro do processo denominado “Terceira Revolução Industrial” ou reestruturação produtiva. Esta nova forma de produzir, decorrente de avanços tecnológicos e de novas formas de organizar e gerir o trabalho, ‘vem introduzindo mudanças radicais na vida e relações das pessoas e países, e por conseqüência no viver e adoecer das pessoas’ (DIAS, 2000, p. 3). Este processo tem a intensidade e a radicalidade das mudanças ocorridas com a Revolução Industrial do século XVIII, mas ocorre hoje em escala global pelos avanços da informática e comunicação. A repercussão social desta transformação é a diminuição dos postos de trabalho ou o “desemprego estrutural”. A radicalidade deste processo pode ser visto na abrangência e no aprofundamento das mudanças que propõe e estão descritos na afirmação da autora:

O processo de reestruturação produtiva tem modificado substancialmente o perfil do trabalho e dos trabalhadores, os determinantes da saúde-doença dos trabalhadores, e conseqüentemente, o quadro de morbimortalidade relacionada ao trabalho, e a organização e práticas de saúde e segurança no trabalho. (DIAS, 2000, p.4).

Além da diminuição dos postos de trabalho, o aumento das exigências e qualificação requeridas ao trabalhador reforça a exclusão dos menos qualificados, dos mais jovens, dos mais idosos, menos escolarizados e portadores de alguma desvantagem biopsíquica ou social. São características marcantes destas transformações o crescimento do setor informal, a terceirização e quarteirização dos serviços, mudanças na legislação trabalhista, a precarização do trabalho, diminuição da capacidade de compra, deterioração da auto-imagem, acirramento dos conflitos interpessoais no trabalho, sofrimento biopsíquico, domicialização dos riscos. 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, responsabilidade e complexidade das tarefas. Como conseqüência, 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. (DIAS, 2000).

A conceituação do Ministério da Saúde busca um conceito ampliado em Saúde do Trabalhador, ao afirmar que:

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações do trabalho e o processo saúde-doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulado com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que as formas de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribuem decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. (BRASIL, 2002, p.7).

O próprio conceito de *trabalhador* proposto pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), (2004), marca uma tentativa de consolidar uma concepção ampliada, atenta às especificidades das relações do mundo do trabalho contemporâneo. A proposta da PNSST define as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento e gestão, acompanhamento e controle social. Busca a superação da fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente.

Para fins desta Política são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal e informal da economia. Estão incluídos neste grupo todos os indivíduos que trabalhavam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego. (BRASIL, 2004b, p. 4).

A confluência dos conceitos de Saúde do Trabalhador e Saúde Bucal Coletiva dentro das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS propõe uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito de 'cuidado' como eixo de reorientação do modelo. Entre estas linhas está a atenção aos adultos, em especial aos trabalhadores, que deve integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos. O próprio documento reconhece nesta nova forma de se fazer as ações de saúde bucal um grande desafio. Mas ao mesmo tempo um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. É decorrente da superação das práticas que antecedem uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal a possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às

demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo, de ganhos nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão. (BRASIL, 2004a).

Na recente e necessária aproximação do cuidado odontológico com a problemática das relações existentes entre o processo de trabalho e o processo saúde-doença, alguns elementos se apresentam ainda como grandes desafios para a Odontologia do Trabalho como especialidade ou para a atenção à saúde do trabalhador como prática do odontólogo. Ainda percebemos a naturalidade com que se propõe uma intervenção pontual sobre o corpo do trabalhador de modo a manter sua produtividade. Não é difícil identificar também a suposição de que uma maior intervenção, centrada no procedimento e na medicalização, aliados a uma *superespecialização* do profissional de saúde, poderia representar melhores condições de saúde de determinado grupo populacional. Procuramos ressaltar em seguida questões que merecem especial atenção pela centralidade que ocupam nas discussões apresentadas anteriormente e nos embates a serem travados no futuro.

Considerações finais

As especificidades criadas pela reestruturação produtiva na discussão das intervenções em saúde

A própria formação dos cirurgiões-dentistas, que se dedicam à especialidade da Odontologia do Trabalho ou que prestam atendimento aos indivíduos cuja ocupação apresente reflexo na sua condição de saúde, deve superar a visão que simplifica em uma relação linear entre agente etiológico-disfunção a explicação da situação de risco, morbidade ou mortalidade dos trabalhadores. Esta lógica gera intervenções passivas em relação à organização do processo de

trabalho e alheias ao questionamento sobre a forma de inserção dos indivíduos no processo produtivo que não só impede uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, mas também desconsidera a própria participação dos trabalhadores como agentes políticos na discussão do seu ambiente de trabalho e das ações dos serviços de saúde. Da mesma maneira, a centralidade no procedimento e no ciclo cirúrgico-restaurador-mutilador só é superada quando questionadas de forma sistemática as condutas do profissional e o impacto de suas ações nos fatores que condicionam o perfil epidemiológico dos trabalhadores.

Mesmo partindo de conceitos registrados nos textos institucionais, as intervenções atuais em Saúde do Trabalhador devem contemplar a discussão crítica das especificidades criadas pela reestruturação produtiva no modo de viver dos trabalhadores. A determinação mercadológica da organização da prestação dos serviços de saúde, evidenciada pelos discursos utilitaristas e pela exclusão imensa ao cuidado odontológico, indica que a superação de modelos assistenciais anteriores ainda não ocorreu. Em suma, significa dizer que a subordinação da defesa da saúde em função do modelo produtivo de nosso tempo, continua sendo aceito de forma inadvertida ou passiva.

A própria discussão em torno da regulamentação da especialidade da Odontologia do Trabalho ainda reverbera toda uma histórica incompatibilidade entre a visão liberal e a criação de um novo modelo de atenção à saúde do trabalhador. Devemos reafirmar, no entanto, que a formação de uma nova especialidade não pode estar orientada fundamentalmente para a ampliação do mercado de trabalho para a odontologia. A construção desta especialidade deve sim estar alicerçada na reflexão sobre os objetivos e forma de organização dos serviços de saúde, das discussões em torno das competências esperadas dos profissionais para que sejam agentes de uma nova prática e do próprio papel do Estado como ator principal na garantia dos direitos básicos, entre eles o direito à saúde, da população trabalhadora. Está intimamente atrelada à superação dos modelos tecnoassistenciais anteriores (campanhista-sanitarista e médico-assistencial-privatista) a

própria capacidade do profissional de odontologia de se instrumentalizar de modo a intervir verdadeiramente nos fatores determinantes e condicionantes do desequilíbrio do processo saúde doença.

Por fim, a possibilidade de reprodução de velhas práticas e de concepções não tão inovadoras no que tange a atenção à população trabalhadora, leva a crer que o esforço em consolidar uma nova especialidade pode até mesmo vir a ser um passo importante, mas está longe de ser o único, para garantir que o cidadão brasileiro atravessasse sua vida de trabalho mantendo ainda assim, integralmente, a sua saúde.

Referências

BOTAZZO, Carlos; BERTOLINI, Silvia Regina; CORVELHO, Vânia Maria. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. **Saúde Debate**, [S.l.], v.10, p. 43-53, jun. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Janeiro de 2004. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: mar. de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2004. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: mar. de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: saúde do trabalhador**. Brasília, DF, 2002. Caderno 5.

BUCK, Regina Célia. Segurança e medicina do trabalho. In: _____. **Cumulatividade dos adicionais de insalubridade e periculosidade**. São Paulo: LTr, 2001.cap.2, p. 33-62.

COLACIOPPO, Sergio. Higiene ocupacional da teoria à prática. In: FISCHER, Frida Marina; GOMES, Jorge da Rocha; COLACIOPPO, Sergio (org.). **Tópicos de saúde do trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 73-97.

DIAS, Elisabeth Costa. Organização da Atenção à Saúde no Trabalho. In: FERREIRA JÚNIOR, Mário. **Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Roca, 2000.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais do Brasil. In: **Capacitação em serviço social e política social, módulo 3**. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada e a Distância, 2000. 259 p.

GOMEZ, C. M.; CARVALHO, S. M. T. M. Social Inequalities, Labour, and Health. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(4): 498-503, Oct./Dec. 1993.

MARTINS FILHO, Hélio Bais. Programa de saúde dos trabalhadores: histórico. In: COSTA, Danilo Fernandes et al. **Programa de saúde dos trabalhadores - A experiência da zona norte: uma alternativa em saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 19-31.

MARTINS, R. J. **Absenteísmo Odontológico e Médico no Serviço Público e Privado**, 2002. 119f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social Faculdade de Odontologia da UESP). Araçatuba, 2002. Disponível em: <<http://basae.bireme.br/cgi-bin/wxis/ind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 12 de jan. de 2004.

MAZZILLI L. E. N. **Odontologia do Trabalho**. São Paulo: Santos, 2003.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____ . **Uma agenda para a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 233-269.

MIDORIKAWA E. T. **A Odontologia em Saúde do Trabalhador como uma nova especialidade profissional**: definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador. 2000. 337 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, 13 fev. 2001.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.

NIERO, Edna Maria. **O ambulatório de saúde do trabalhador em Florianópolis – SC**: Um espaço de resistência no atendimento ao trabalhador acidentado e/ou doente em função do trabalho. 2000. 154 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

PIZZATO E. A. **A Saúde Bucal no Contexto da Saúde do Trabalhador**: análise dos Modelos de Atenção. 2002. 110f. Dissertação (Mestrado Odontologia Preventiva e Social) – UESP. Araçatuba, 2002. Disponível em: <<http://basae.bireme.br/gibin/wxis/ind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 11 fev. 2004.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 8-14, jan./mar., 1999.

_____. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antonio Carlos (org.) et al., **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 2, p. 28-49.

SILVA, Deborah Rachel Audebert Delage. **Percepção de condições de saúde bucal em adultos trabalhadores**. 2000. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em : </AgDw/silverstream/pages/pgRelatorioTesesCompleto.html>. Acesso em: 23 jan. 2004.

3.1.2 ARTIGO 2

[NORMAS DA REVISTA ODONTO CIÊNCIA]

1. Título

Modelo tecnoassistencial e a atenção aos trabalhadores: perfil, ações e percepções dos odontólogos da rede básica de Florianópolis - SC.

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

2. Autores

Alex Elias Lamas* Maria Cristina Marino Calvo**

[*Especialista em Saúde Pública, Mestrando em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.](#)

[**Doutora em Engenharia da Produção; Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.](#)

3. Resumo

Este artigo propõe a discussão da 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. A partir desta revisão, foi estruturado um questionário aplicado aos odontólogos da rede de saúde do Município. Foram enviados 63 questionários de forma individualizada obtendo-se 36.5% de participação dos odontólogos da rede. 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 e para a necessidade de que as garantias e conquistas teóricas representadas pelo Sistema Único de Saúde sejam reafirmadas enquanto proposições reais de diminuição das desigualdades brasileiras na área da saúde. Com a discussão realizada neste trabalho, os autores esperam contribuir para o desenvolvimento de novas tecnologias de produção de saúde, passo estratégico na indução dos serviços para um novo modelo de atenção.

4. Summary

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’ [Odontologia do Trabalho], the third industrial revolution, the modern work organization and the concept of ‘Worker’s Health’ [Saúde do Trabalhador]. 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. 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, and to the need of reassurance of the Unified Health System's (Sistema Único de Saúde) guaranties, as well as the need of propositions to mitigate the Brazilian health iniquities. The authors intend to contribute on the development of new health-production technologies, which is a strategic move to induce health services into a new attention model.

5. Unitermos

Atenção Primária à Saúde; Saúde do Trabalhador; Odontologia do Trabalho.

6. Uniterms

Primary health attention, Worker's health; Labour Dentistry.

7. Texto

Introdução

Para analisar as práticas e as ações direcionadas à população trabalhadora adotadas pelos serviços de saúde que disponibilizam atendimento odontológico, é proposta a discussão sobre quais seriam afinal as melhores práticas na atenção à saúde do trabalhador no que se refere ao cuidado odontológico. Tendo como ponto de apoio as conquistas políticas decorrentes da organização dos trabalhadores e profissionais da saúde registradas nas diretrizes das políticas

públicas brasileiras e nas propostas da legislação em vigor, este trabalho estabelece o perfil dos odontólogos em exercício na rede pública do Município de Florianópolis – SC, e analisa pontos específicos de seu processo de trabalho assim como suas percepções acerca de algumas características dos modelos tecnoassistenciais estruturados historicamente no País.

Concomitante à transição do sistema de saúde brasileiro, de um modelo excludente e pouco resolutivo para um modelo universal, integral, participativo, com a pretensão de influir na condição de vida e saúde dos indivíduos, acompanhamos os efeitos de um processo de globalização trazendo consigo inovações tecnológicas e estreitamento na comunicação global, na mesma medida que restringe mundialmente a diversidade ideológica, econômica, política e cultural. Conforme a avaliação de Dias (2000), este 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 à forma de organização da prestação dos serviços de saúde, passando pela alteração do perfil epidemiológico dos trabalhadores.

O fenômeno da *reestruturação produtiva* e as contradições e embates do momento político brasileiro, apresentam reflexos na forma como os serviços de saúde estruturam suas ações. Estas questões motivaram este estudo e servem conseqüentemente como linhas centrais da investigação. Periferização das tecnologias poluidoras, monetarização da insalubridade, precarização dos contratos de trabalho, desemprego estrutural, falta de programas organizados para atenção à saúde do trabalhador fazem parte de um panorama decorrente de questões políticas regionais e globais como os pontuados anteriormente. Mas essa problemática permanece distante dos currículos do ensino superior das ciências da saúde e das discussões acadêmicas, justificando o objeto deste trabalho: a atenção à saúde do trabalhador pelo profissional da odontologia.

Moysés (2004) estabelece duas questões que permeiam a discussão sobre a estruturação das práticas do odontólogo. Uma delas é o esgotamento do modelo que alimentou o ensino e a

prática de gerações de dentistas. Prova maior deste esgotamento é o fato de existirem milhares de profissionais vivendo o efeito arrasador da ocupação precária e milhões de pessoas sem respostas aos seus problemas de saúde bucal. Sobre este modelo ainda dominante, o autor problematiza dizendo que, sob a lógica da competência técnica para o mercado privado e para a atenção curadora, não se produzem sujeitos políticos capazes de protagonizar novas aberturas para a sociedade e para a profissão. E aponta que o papel tradicionalmente atribuído pelo mercado para o dentista deve ser progressivamente substituído por novos papéis, com um retorno radical e historicamente contextualizado à agenda da Reforma Sanitária Brasileira.

Estas afirmativas, transplantadas ao tema específico da Saúde do Trabalhador, reafirmam a necessidade de reflexão acerca da tendência, reproduzida também pelo odontólogo, de priorização de uma lógica determinada pelas leis de mercado, em detrimento ao resgate, prevenção, promoção e manutenção da saúde dos indivíduos. Porém, 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 apresentadas pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004. Nestas diretrizes o Ministério da Saúde defende que, para a organização deste modelo, é fundamental que sejam pensadas “linhas do cuidado”. Entre estas linhas está a atenção aos adultos, em especial os trabalhadores, que apresentam dificuldade no acesso às unidades de saúde no horário de trabalho convencional destes serviços, conduzindo ao agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias. Sugere-se, 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. (BRASIL, 2004 a).

Atualmente as intervenções em saúde, mesmo buscando a participação ampliada e reconhecendo a necessidade de suplantarem modelos anteriores, tendem a estar submetidas à lógica

da supressão do papel do Estado e sujeitas ao discurso mercadológico. Revisando a história da organização do trabalho no século XX, podemos afirmar que suas características estiveram sempre voltadas para uma maior eficiência operacional, à manutenção dos ciclos de crescimento econômico e a acumulação capitalista. (MONTEIRO e GOMEZ, 1998). Na chamada Terceira Revolução Industrial ao final dos anos 90 ocorre a globalização dos conceitos de polivalência, de terceirização, da flexibilização. (DIAS, 2000). Estas mudanças nas relações de trabalho geram em um primeiro momento um considerável acúmulo de capital, mas permanecem ancoradas na superexploração da capacidade de trabalho dos indivíduos. Assim, nas palavras de Paula, (1998), a nocividade dos primórdios da industrialização não arrefeceu no início do século XXI, apenas tornou-se mais complexa como as questões relativas ao “corpo de trabalho”.

Para o País, em função da crônica crise política interna e da posição periférica no cenário econômico global, estas são questões ainda mais intrincadas, a exemplo da análise realizada por Freitas et. al. (2002) sobre a segurança química ou conjunto de estratégias para o controle e a prevenção dos efeitos adversos para o ser humano e o meio ambiente decorrente da extração, produção armazenagem, transporte, manuseio e descarte de substâncias químicas. Segundo os autores, a própria desestruturação do Estado agrava a situação de determinados grupos sociais, expostos a substâncias químicas em situação social e ambiental precária, o que cria a necessidade inclusive de novos arranjos societários, na busca de um modelo de desenvolvimento sustentável baseado na equidade e na democracia, e a necessidade de uma ciência mais contextualizada com a realidade.

Além da diminuição dos postos de trabalho, o aumento das exigências e qualificação requeridas ao trabalhador reforça a exclusão dos menos qualificados, dos mais jovens, dos mais idosos, menos escolarizados e portadores de alguma desvantagem biopsíquica ou social. São características marcantes destas transformações o crescimento do setor informal, a terceirização e quarteirização dos serviços, mudanças na legislação trabalhista, a precarização do trabalho,

diminuição da capacidade de compra, deterioração da auto-imagem, acirramento dos conflitos interpessoais no trabalho, sofrimento biopsíquico, domicialização dos riscos. 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, responsabilidade e 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. (DIAS, 2000).

Em função da evidente relação entre a forma de inserção dos indivíduos no processo de trabalho e as especificidades do processo saúde-doença, surgem no país trabalhos científicos que buscam avaliar esta correlação no que concerne especificamente às alterações bucais. Em que pese as questões metodológicas e o espaçamento entre estas publicações, elas abrem espaço para discussões relativas às práticas do profissional de odontologia e dos serviços de saúde na perspectiva do cuidado específico à população trabalhadora.

Tomita et al (1999) estimaram a prevalência de cárie dentária e doença periodontal em trabalhadores de uma indústria alimentícia de Bauru-SP e verificaram a associação positiva entre fatores ambientais no processo de trabalho e as condições de saúde bucal. Araújo e Marcucci (2000), pesquisando 149 trabalhadores, em três indústrias da Grande São Paulo, observaram que existem diferenças estatisticamente significativas entre as indústrias de galvanoplastia quanto às alterações de mucosa, quanto à sintomatologia bucal e que as alterações gengivais e dentárias. Apesar da alta prevalência de cárie dentária e de agravos periodontais, Silva (2000) detectou uma auto-percepção eminentemente positiva de condições de saúde bucal de uma população de 113 trabalhadores que freqüentaram o Serviço de Saúde do Trabalhador do município de Diadema, SP, implicando na necessidade, não apenas de facilitar o acesso da população adulta trabalhadora

aos serviços de atenção à saúde bucal, mas de promover o diálogo e a promoção de uma consciência do trabalhador de sua condição de saúde.

Botazzo, Bertolini e Corvelho (1995) pesquisaram as condições do acesso de trabalhadores e adultos aos serviços públicos odontológicos nos Sistemas Locais e Regionais de Saúde, a partir das informações prestadas pelos gestores de Escritórios Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (ERSA) e Secretarias Municipais de Saúde das Capitais (SMS), utilizando o recorte da universalização da assistência a saúde, um dos princípios norteadores do SUS. Os resultados indicam que adultos/trabalhadores são atendidos pelos serviços nos casos de urgência/emergência, que a assistência é ofertada de modo irregular, e que a criança continua a ser o grupo social de eleição para os serviços públicos odontológicos. Roncalli et al. (1999) fazem uma revisão de como a atenção odontológica do Brasil tem se estruturado historicamente. No entendimento dos autores, o Sistema Único de Saúde proporciona uma base filosófica e programática que aponta para mudanças conceituais e que, portanto, a defesa do SUS como um sistema de saúde para todos os brasileiros, é a base desta estratégia.

Na análise de Pizzato (2002), sobre a existência de programas de atenção em saúde bucal para os trabalhadores das indústrias do setor privado dos municípios de Araçatuba e Birigui- SP, apenas 34% das empresas apresentavam estes programas de atenção odontológica voltados aos seus empregados. A estrutura clínico-organizacional dos serviços odontológicos em 47 indústrias apresentava características predominantemente curativo-restauradoras em detrimento das atividades preventivas de caráter coletivo. Com pouca ênfase em atividades preventivas, conclui que a existência destes serviços parece estar voltada mais aos interesses dos empregadores que aos interesses dos trabalhadores.

Reconhecendo nas conquistas teóricas do Sistema Único de Saúde um caráter inovador ao propor uma política de diminuição das desigualdades do país, esta pesquisa busca registrar,

através da percepção dos profissionais da odontologia, o direcionamento das ações dos serviços públicos, utilizando-se, para construir a hipótese de trabalho e os parâmetros de análise, os princípios de Universalidade, Integralidade, Equidade, Regionalização, Hierarquização, Descentralização, Controle Social e Participação Popular. Ao relacionar estes dados com as condições que permitiram ou tolheram o desenvolvimento de novas tecnologias de trabalho em saúde, procuramos contribuir para o direcionamento dos serviços de saúde para um novo modelo de atenção integral à saúde.

Metodologia

Este estudo de caso realiza uma pesquisa de campo do tipo exploratório-descritivo (TRIVIÑOS, 1987). Desta “investigação de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema”, decorrem outras três finalidades: (a) o desenvolvimento de hipóteses, (b) o aprofundamento do pesquisador em um ambiente, fato ou fenômeno, com vista a pesquisas futuras mais precisas e, finalmente, (c) a possibilidade de clarificar conceitos. A pesquisa de campo, voltada ao estudo de grupos, comunidades e instituições para a compreensão de aspectos da sociedade, apresenta entre suas vantagens “o acúmulo de informações que podem inclusive ser analisado por outros pesquisadores”. No entanto podemos prever que “fatores desconhecidos aos pesquisados podem interferir nos resultados” e ainda que “existe a possibilidade de que os indivíduos falseiem suas respostas”. (LAKATOS e MARKONI, 2001, p.77).

Este estudo utiliza a técnica de amostragem não-probabilista por voluntários. Todos os odontólogos foram convidados a fazer parte do estudo, participando apenas os que voluntariamente aceitaram responder ao questionário Assim, esta técnica não pode ser objeto de certos tipos de tratamento estatísticos, mas uma vez aceitas as limitações da técnica, a principal das quais é a impossibilidade de generalização dos resultados do inquérito à população, pois

muitos fatores podem influir na escolha de uma unidade amostral para pertencer à amostra, ela tem sua validade dentro de um contexto específico. (MARCONI e LAKATOS , 2001; BERQUÓ, SOUZA e GOTLIEB, 1981).

No processo de elaboração do questionário, o assunto foi subdividido em temas e de cada um dos temas foi extraído um grupo de perguntas. Este processo procurou seguir as diretrizes para a redação de perguntas propostas por Rea e Parker (2002), observando o nível de linguagem, evitando palavras e frases não-específicas, perguntas com múltiplas finalidades, informações manipulativas e dispositivos para indicar ênfase que provoquem uma resposta emocional ou imponham um conceito de importância para o pesquisador.

Os temas escolhidos para composição do questionário foram definidos com base nos seguintes documentos:

1 - Portaria 3.120 de 1º de julho de 1998 – Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Este documento conceitua a Vigilância em Saúde do Trabalhador como um conjunto de práticas sanitárias articuladas supra-setorialmente cuja especificidade centra-se na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, que engloba estratégias de produção de conhecimento e de mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, que implicam necessariamente na superação das práticas atuais em direção da transformação do modelo assistencial.

2 - Portaria 3.908 de 30 de outubro de 1998 – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador. Esta portaria orienta e instrumentaliza a realização das ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora, urbano e rural, pelos Estados, o Distrito Federal e os Municípios. De acordo com este documento estas ações devem nortear-se pelos seguintes pressupostos básicos: I Universalidade e equidade, II Integralidade das ações, III Direito à informação, IV

Controle social, V Regionalização e hierarquização, VI Utilização do critério epidemiológico e VII Configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho”.

3 - Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, janeiro de 2004. As diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito de cuidado como eixo de reorientação do modelo. Ressaltam a importância de que sejam estabelecidas novas práticas e novas formas de acesso aos serviços para a população adulta, em especial aos trabalhadores.

As questões foram codificadas para facilitar posterior tabulação e foram acompanhadas de instruções definidas para que o informante saiba o que se espera dele. Foi realizado um levantamento das unidades de saúde municipais que disponibilizam atendimento odontológico. Todos os odontólogos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis alocados nestas unidades no período de distribuição dos questionários foram convidados a participar do estudo. Um pré-teste foi realizado com o questionário já em fase final de estruturação na rede pública de saúde da cidade de Porto Alegre e teve como objetivo verificar se o questionário apresenta, de acordo com Lakatos e Markoni (2001), Fidedignidade (qualquer pessoa que o aplique obterá sempre os mesmos resultados); Validade (os dados recolhidos são necessários à pesquisa) e Operatividade (Vocabulário acessível e significado claro). Após o pré-teste o questionário recebeu reformulações que foram consideradas satisfatórias para sua posterior aplicação.

Para a consolidação final e 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 devidamente encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Projeto Nº 082-05). A participação dos indivíduos na pesquisa foi atrelada à concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para que o processo de coleta de dados permitisse total confidencialidade da opinião e de dados dos sujeitos da pesquisa, todos os passos foram centralizados pelos pesquisadores, não havendo identificação nominal do instrumento de pesquisa, apenas um número de identificação. A armazenagem destas informações também é de responsabilidade exclusiva dos pesquisadores durante todo prazo legal previsto para manutenção dos questionários.

Resultados

Dos 63 questionários enviados de forma individualizada 23 retornaram, representando 36.5% de participação dos odontólogos da rede de atenção básica do município de Florianópolis. Se considerarmos a relação de retorno pelo número de unidades, 45,5% das unidades foram representadas (num total de 20 entre as 44 unidades municipais).

A proporção de respostas oriundas das unidades do PSF foi proporcional a distribuição destas na rede, de 3 para 1. A noção de trabalho com território e usuários cadastrados, características preconizadas pelo PSF, eram realidade para 87% dos odontólogos, no entanto apenas cinco unidades apresentavam uma proporção entre número de habitantes da área de abrangência por número de odontólogos menor ou igual aos 3.500 habitantes preconizados pelo programa.

Os odontólogos que participaram da pesquisa são em sua totalidade oriundos de Universidades Públicas. Esta 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 que trabalham no setor público há mais tempo ($p = 0,0437$), conforme demonstra a Tabela 1. Destes profissionais, 78% alegam não ter realizado qualquer curso de pós-graduação e 57% referem que dificilmente recebem algum tipo de treinamento para atuar no setor público.

Tabela 1 – Valores médios de idade (anos), tempo de formado (anos) e tempo de serviço público (anos), dos odontólogos, segundo sexo. Florianópolis, 2005.

<i>Valores médios (anos)</i>	<i>Sexo</i>		
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Média geral</i>
Idade	41,3	49,2	45,0
Tempo de formado	18,3	24,1	21,0
Tempo de serviço público	14,8	21,8	18,1

Dos odontólogos que responderam ao questionário, 11 trabalhavam em equipes do Programa de Saúde da Família, 8 trabalhavam em Unidades de Saúde e outros 4 em serviços em que coexistiam as duas formas de organização. De todos estes serviços, 87% trabalhavam com a noção de território e usuários cadastrados, mas apenas três declararam trabalhar com uma população menor que 5.000 habitantes. A maior concentração de odontólogos e auxiliares nos serviços pesquisados ocorre no turno da manhã. Um montante menor no turno da tarde e nenhum profissional ou auxiliar trabalha no terceiro turno, ou período noturno, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição de odontólogos e auxiliares por turno de atendimento nos serviços de Florianópolis, 2005.

Turno	Odontólogos	Auxiliares
Manhã	27	14
Tarde	24	9
Noite	-	-

Para mais de 50% dos odontólogos, a prioridade do serviço está direcionada ao atendimento de bebês até um 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%. (Tabela 3).

Tabela 3 – Percentual de profissionais segundo sua prioridade para atendimento odontológico.

Linhas de cuidado	Total
Bebês - até 1 ano	52,3%
Pré-escolares - de 1 a 6 anos	17,4%
Escolares - 7 a 14 anos	8,7%
Gestantes - qualquer idade	4,3%
Adolescentes - 15 a 20 anos	-
Idosos – acima de 65 anos	-
Trabalhadores – qualquer idade	-
Respostas em branco	13,0%
Outras respostas	4,3%
Total Global	100,0%

Apenas 52% dos serviços referem sua organização principalmente por demanda programada, ou seja, através da detecção e priorização de grupos mais vulneráveis. Esta forma de organização é mais freqüente nas unidades do PSF. (Tabela 4).

Tabela 4 – Tipo de acesso dos usuários ao serviço e tipo de organização da atenção básica.

Respostas	PSF	US	PSF e US	Total
Exclusivamente por demanda programada	4.3%	8.6%	4.3%	17.2%
Principalmente por demanda programada	21.5%	8.6%	4.3%	34.4%
Principalmente por livre demanda	17.2%	17.2%	4.3%	38.7%
Respostas em branco	-	-	4.3%	4.3%
Outras respostas	4.3%	-	-	4.3%
Total global	47.3%	34.4%	17.2%	98.9%

Noventa e um por cento (91%) dos serviços realizam algum tipo de atendimento para a população trabalhadora, e este mesmo percentual declara não dispor de um terceiro turno de atendimento que permita um maior acesso desta população. Observa-se nas atividades desenvolvidas pelos serviços a predominância das atividades clínicas (96% realizam atendimento clínico à população trabalhadora). Outras atividades, como visitas aos ambientes de trabalho (realizadas 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 desenvolvidas. (Tabela 5).

Tabela 5 – Percentual de respostas positivas para as atividades desenvolvidas pelos serviços segundo tipo de organização da atenção básica.

Atividades e organização do serviço	PSF	US	PSF e US	Total
Visitas aos ambientes de trabalho	9%	-	-	9%
Campanhas de prevenção a acidentes e de conscientização de riscos ocupacionais	4%	4%	4%	13%
Atendimento clínico à população trabalhadora	48%	30%	17%	96%

Quando questionados se recebiam ou produziam informações epidemiológicas que permitiriam a compreensão da situação de morbimortalidade da população em geral, 52% dos odontólogos responderam que “difícilmente ou nunca” recebiam este tipo de informação, 30% responderam que “sempre ou quase sempre” e 17% das respostas ficaram em branco. Quando esta mesma pergunta era direcionada à situação de morbimortalidade da população trabalhadora, a parcela de respostas “difícilmente ou nunca” subiu para 78%, contra 9% de “sempre ou quase sempre” e 13% de respostas em branco. Estas mesmas informações seriam sempre “divulgadas e discutidas com a comunidade” em apenas 9% dos serviços, 73% responderam que dificilmente ou nunca estabelecem esta prática de participação da comunidade e comunicação pública das informações de saúde; 82% das respostas apontavam que dificilmente ou nunca ocorreria a participação dos trabalhadores-usuários na definição das ações deste serviço.

Ainda em relação à discussão sobre controle social das ações de saúde, um dos dados coletados diz respeito à participação nas reuniões do Conselho Local ou Municipal de Saúde: 22% dos odontólogos o fazem com frequência, 48% dificilmente o fazem e 26% jamais participaram destas reuniões.

Dentro do eixo destinado à discussão sobre a regionalização e hierarquização³ dos serviços, foi questionado aos odontólogos sobre a “inserção do serviço dentro de um programa de atenção à saúde do trabalhador” de forma a definir a real abrangência da rede de serviços ofertados à população trabalhadora. Foram 48% que responderam que o serviço não estava inserido em qualquer programa desta natureza, e 39% não sabiam informar. Dentro dos 9% de respostas afirmativas, uma delas se refere na verdade a um programa de atenção ao idoso e outra ao próprio Programa de Saúde da Família. Apenas 22% sabiam da existência de um centro de referência em saúde do trabalhador no município.

Parte dos serviços trabalha com o planejamento e programação das ações, 61% dos serviços sempre ou quase sempre o fazem. A participação do odontólogo neste planejamento e 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 odontólogos e nunca ou dificilmente para 47%. Quando questionados sobre o estabelecimento de pactuações para a melhoria das condições de saúde da população, ou impacto das ações sobre a saúde da população, 52% responderam que estas pactuações sempre ou quase sempre ocorrem, e 43% percebiam que dificilmente ou nunca existe este tipo de verificação.

A intersetorialidade é uma prática freqüente para 61% dos odontólogos. As ações interdisciplinares por sua vez, são bem mais desenvolvidas quando o objeto da ação é a população em geral, onde 91% dos odontólogos atuam de forma conjunta com profissionais de outras áreas (psicólogos, assistente social, médico, enfermeiro, nutricionista) na resolução de problemas de saúde. Em contraposição, 30% referem esta prática quando se trata da resolução de problemas específicos da população trabalhadora.

³ Para a tentativa do sistema de descentralizar e otimizar as ações de saúde em oposição à história recente de centralização e sobreposição de funções, utilizamos o conceito de “regionalização e hierarquização”, para efeito da discussão posterior e tendo por base os textos institucionais registrados na revisão.

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 destas intervenções.

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

Discussão dos resultados

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 supere a histórica exclusão de determinadas parcelas da população do direito aos serviços de saúde. Exemplo desta necessidade reside no fato de que a rede não disponibiliza profissionais nem auxiliares para um terceiro turno de atendimento em função da população trabalhadora. (Tabela 2). Constatamos uma evidente priorização de bebês, pré-escolares, escolares e gestantes no atendimento odontológico dos serviços (Tabela 3), em detrimento aos 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, o que reforça o achado de Botazzo, (1995) indicando 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. Obstante da base programática e filosófica do SUS, como defende Roncalli (1999), de defesa do sistema de saúde para todos os brasileiros.

Estas percepções, excludentes em última análise, se estruturam de forma alheia aos trabalhos que sugerem relações entre a ocupação e a condição de saúde bucal dos indivíduos (FERRAZ e BELLINI, 1983; TOMITA et al., 1999; ARAÚJO e MARCUCCI, 2000; SILVA, 2000; BRASIL, 2001a, VIANNA, 2001). Apontamentos estes, reafirmados pelo Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, (2003), 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 nesta iniciativa, mas esta possibilidade de organização da demanda direcionando recursos e esforços

para detecção de riscos e dos grupos mais vulneráveis evidentemente 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 sugere “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”. (BRASIL, 2004a).

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 integração das ações de Governo no campo das relações de produção-consumo, ambiente e saúde. Atribui a responsabilidade institucional do 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". (BRASIL, 2004b). A aproximação da atenção odontológica com os Programas de Saúde do Trabalhador e Segurança do Trabalho ainda é demasiado tímida, conforme demonstram os resultados. Esta articulação entre os serviços e os Programas de Saúde do Trabalhador não é realidade para nenhum dos odontólogos 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 odontólogos afirmam atuar de forma conjunta com outros profissionais. Na resolução de problemas de saúde específicos da população trabalhadora este 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”. (BRASIL, 2002, p.7). Assegurar o direito à informação sobre a saúde parece ser um desafio ainda maior para o usuário trabalhador. Apenas 1 a cada dez odontólogos democratiza estas informações com os usuários e 82% das respostas apontavam que dificilmente ou nunca ocorreria a participação dos trabalhadores-usuários na definição das ações deste serviço. Nenhuma resposta apontava que esta 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, parece não ser bem utilizado pelos profissionais, apenas um a cada cinco participa com frequência das reuniões. Em parte podemos associar estas 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 primeiro que as ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora, 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 (BRASIL, 2001b). Se as diretrizes do Sistema Único de Saúde já não recebem uma apropriada atenção dos profissionais de saúde na definição de suas práticas direcionadas para a população em geral, quando estas ações são direcionadas à população trabalhadora, estas diretrizes passam a ser ainda menos presentes. Este “distanciamento existente entre a teoria e a prática” apontado por Lacaz (1997) 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 (1997) 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 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 através deste estudo uma avaliação qualitativa do planejamento estabelecido pelos serviços, a simples presença desta prática determinando as ações em saúde bucal já indica um avanço em relação aos modelos anteriores, onde a determinação das prioridades ocorria de forma verticalizada, alheia às realidades loco-regionais. Em suma, existem propostas dentro da realidade estudada de centrar as metas não na produção de consultas / procedimentos, mas no estabelecimento de pactuações que visem primordialmente a melhoria das condições de saúde da população.

Na NOST-SUS encontramos a configuração da Saúde do Trabalhador enquanto “conjunto de *ações de vigilância e assistência*, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho”. (BRASIL, 2001b, p. 60-61). No entanto, na oferta de serviços odontológicos à população trabalhadora, de maneira geral, observamos uma assistência caracterizada por restrições de recursos diagnósticos e de tratamento, centrada na doença, mutiladora e incapaz de intervir nas condições que levam ao adoecimento. Lembramos a frase de Ferraz e Bellini, (1983), que finalizam seu estudo ressaltando: “[...] após os 35 anos, na indústria de cerâmica em estudo, o tratamento mais freqüente é a prótese total.” (FERRAZ e BELLINI, 1983, p. 335). Também Botazzo, (1995), verificando que adultos trabalhadores de São Paulo eram atendidos pelos serviços principalmente nos casos de urgência/emergência, e Pizzato (2002), defendendo que a estrutura clínico-organizacional dos serviços odontológicos de 47 indústrias paulistas apresentava características predominantemente curativo-restauradoras em detrimento às atividades preventivas de caráter coletivo, e que a própria existência destes serviços parecia estar mais voltada aos interesses dos empregadores que aos dos trabalhadores.

Para Roncalli, (2003), 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 dentro do rol das ações dos serviços, nos permite 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 esta possibilidade a percepção relativa ao papel do trabalho no estabelecimento do adoecimento e da saúde bucal. Ainda que exista a percepção sobre a importância do papel do estado na atenção à saúde do trabalhador; sobre a importância da centralidade da atenção básica na estruturação desta intervenção e sobre a forte relação entre trabalho e adoecimento, quando inquirido sobre a possibilidade desta relação ter como resultado alguma manifestação bucal, ele acaba por situar-se de maneira periférica, alheio enquanto odontólogo da rede pública, na atenção desta população.

Da diversidade de atores envolvidos na questão da atenção à saúde dos trabalhadores foi descrita de forma central a posição dos profissionais da área da saúde. Naturalmente, sobre este grupo incidiu o foco e a crítica deste texto. Porém, ainda que estes indivíduos estejam situados na interface entre o Sistema de Saúde e o usuário, culpabilizar o odontólogo, ou qualquer outro *trabalhador da saúde*, é incorrer em erro, é reduzir o problema e afastar-se de qualquer solução. Estes profissionais são os potenciais agentes das mudanças necessárias aos serviços e conseqüentemente da própria inversão do modelo assistencial.

A contundente complexidade de fatores que convergem para a questão da atenção à saúde dos trabalhadores deve ser destacada. É decorrente desta afirmativa a avaliação de que a

discussão do tema e a definição de estratégias para o desenvolvimento de melhores práticas dentro desta linha de cuidado não pode ocorrer de forma fragmentada.

A afirmação do papel preponderante da universidade pública na formação dos profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde, é corroborada pelo fato de que todos os participantes desta pesquisa são oriundos destas instituições. Ainda que as características desta formação mereçam ser discutidas, este é um dado que por si só permite pensar que a gênese das condutas e das percepções de uma parcela significativa dos odontólogos do Município de Florianópolis ocorra em universidades públicas. Por conseguinte, as reflexões subjacentes falam, ao menos em parte, também da realidade das instituições públicas de ensino superior. No que se refere especificamente à formação destes profissionais para a atenção da população trabalhadora, as respostas sugerem que este tema foi tangenciado pelas instituições de ensino, já que 87% respondem que não freqüentaram qualquer disciplina na graduação que abordasse o tema Saúde do Trabalhador. Profissionais e gestores municipais apresentam a princípio igual desinteresse pelo tema, uma vez que encontramos o mesmo percentual de respostas afirmando não ter realizado qualquer curso específico sobre Saúde do Trabalhador desde então.

Não é necessário repetir o discurso de que sua formação e suas práticas são decorrentes de um sistema de ensino voltado para a prática privada e de que o Estado, pelas mais diversas e recorrentes razões, é cerceado na tentativa de garantir e de afirmar as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Mas é necessário dizer que 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, deve ocorrer a aproximação e diálogo entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários do sistema em torno da questão específica da atenção à saúde dos trabalhadores.

Conclusões

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 como um círculo que sequer tangencia o círculo dos Programas de Saúde do Trabalhador, resulta no estabelecimento de ações centradas na clínica e na doença, incapazes de vislumbrar intervenções impactantes na realidade e nas condições de saúde dos trabalhadores.

Pensar a atenção ao trabalhador de forma descontextualizada às construções e bandeiras históricas 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 neste 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, pensando em disponibilizar melhores tecnologias de diagnóstico e terapêutica e de novas tecnologias de produção de saúde.

Este trabalho, que partiu da perspectiva da odontologia sobre o adoecimento de uma linha de cuidado específico, em determinado momento acaba por se deparar com questões de proporções bem maiores do que este artigo poderia comportar. Ao vislumbrar questões sobre o próprio conceito de saúde e da centralidade do trabalho no mundo contemporâneo qualquer aprofundamento se torna tarefa para outras empreitadas. 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 ao trabalhador.

8. 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. Lembramos 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 dedicação na defesa do direito à saúde dos trabalhadores esperamos retribuir com a publicação deste artigo.

9. Referências Bibliográficas

- 1) ARAÚJO, M. E.; MARCUCCI, G. Estudo da Prevalência das Manifestações Bucais Decorrentes de Agentes Químicos no Processo de Galvanoplastia: sua Importância para Área de Saúde Bucal do Trabalhador. **Odontologia e Sociedade**, vol. 2, n.1/2, p.20-25, 2000.
- 2) BOTAZZO, Carlos; BERTOLINI, Silvia Regina; CORVELHO, Vânia Maria. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. **Saúde Debate**,[S.l.], v.10, p. 43-53, jun. 1995.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Janeiro de 2004. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: mar. de 2004.
- 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. cap.16. p. 363-386.
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Ações em saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no nível local de saúde. In: _____. **Cadernos de Atenção Básica**: saúde do trabalhador. Brasília, DF, 2002. Caderno 5.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde do Trabalhador**: legislação. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: mar. de 2004.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2004. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: mar. de 2004.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.120** de 1º de julho de 1998. Aprovou a Instrução Normativa em Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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: Ministério da Saúde, 1998.

- 10) DIAS, Elisabeth Costa. Organização da Atenção à Saúde no Trabalho. In: FERREIRA JÚNIOR, Mário. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

- 11) FERRAZ, Cid; BELLINI, Hamilton Taddei. Condições dentárias de um grupo de trabalhadores adultos em Jundiaí. **Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent**, v. 37, n. 4, São Paulo, jul./ago. 1983.

- 12) FREITAS, Carlos Machado et al. Segurança química, saúde e ambiente – perspectivas para a governança no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(1): 249-256, jan./fev., 2002. Disponível em: <www.saudeetabalho.com.br>. Acesso em: 3 de maio de 2005.

- 13) LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v.13, Rio de Janeiro, 1997. Suplemento 2.

- 14) LEVANTAMENTO Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, 2003. Disponível em: www.saude.rs.gov.br/saude_bucal/projeto_sb_gaicho.php. Acesso em: 18 de dez. de 2005.

- 15) LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001. 270 p.

- 16) MONTEIRO, Maria Silvia; GOMES, Jorge da Rocha. De Taylor ao modelo japonês: modificações ocorridas nos modelos de organização do trabalho e a participação no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 93/94, p. 29-37, dez. 1998.

- 17) MOYSÉS, Samuel Jorge. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. **Revista da ABENO**, ano 4, n.1, p. 30-7, jul. 2004.

- 18) PAULA, João Antônio de. A atualidade do programa do manifesto. In: REIS FILHO, Daniel Aarão (Org.). **O manifesto comunista 150 anos depois**. São Paulo: Contraponto, 1998. p.139-153.
- 19) PIZZATO E. A. **A Saúde Bucal no Contexto da Saúde do Trabalhador**: análise dos Modelos de Atenção. 2002. 110f. Dissertação (Mestrado Odontologia Preventiva e Social) – UESP. Araçatuba, 2002. Disponível em: <<http://basae.bireme.br/gibin/wxis/ind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 11 fev. 2004.
- 20) REA, Louis M.; PARKER, Richard A. **Metodologia de pesquisa**: do planejamento à execução. São Paulo: Thompson, 2002.
- 21) RONCALLI, Ângelo Giuseppe et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 8-14, jan./mar., 1999.
- 22) _____. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antonio Carlos (org.) et al. **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 2, p. 28-49.
- 23) SILVA, Deborah Rachel Audebert Delage. **Percepção de condições de saúde bucal em adultos trabalhadores**. 2000. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em : <[/AgDw/silverstream/pages/pgRelatorioTesesCompleto.html](http://AgDw/silverstream/pages/pgRelatorioTesesCompleto.html)>. Acesso em: 23 jan. 2004.
- 24) TOMITA, Nilce Emy et al. Saúde bucal dos trabalhadores de uma indústria alimentícia do centro-oeste paulista. **Rev. Fac. Odontol.**, Bauru, v.7, n. 1/2, p.67-71, jan./jun. 1999.
- 25) VIANNA, Maria Isabel Pereira; SANTANA, Vilma Souza. Exposição ocupacional a névoas ácidas e alterações bucais: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1335-1344, nov./dez. 2001. Disponível em:< www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid >. Acesso em: 14 de fev. de 2004.

CAPÍTULO IV

REFERÊNCIAS

ALVES, Roberta Belizário. Vigilância do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (1): 319–322, jan/fev, 2003.

ARAÚJO, M. E.; MARCUCCI, G. Estudo da Prevalência das Manifestações Bucais Decorrentes de Agentes Químicos no Processo de Galvanoplastia: sua Importância para Área de Saúde Bucal do Trabalhador. **Odontologia e Sociedade**, vol. 2, n.1/2, p.20-25, 2000.

TRIVIÑOS, Augusto. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. 1987. 175 p.

BERQUÓ, Elza Salvatori; SOUZA, José Maria Pacheco de; GOTLIEB, Sabina Lea Davidson. **Bioestatística**. São Paulo: EPU, 1981. 350 p.

BOTAZZO, Carlos; BERTOLINI, Silvia Regina; CORVELHO, Vânia Maria. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. **Saúde Debate**,[S.l.], v.10, p. 43-53, jun. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Janeiro de 2004. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: mar. de 2004.

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. cap.16. p. 363-386.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações em saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no nível local de saúde. In: _____. **Cadernos de Atenção Básica**: saúde do trabalhador. Brasília, DF, 2002. Caderno 5. p. 15-17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde do Trabalhador**: legislação. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: mar. de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2004. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: mar. de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.679** de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.120** de 1º de julho de 1998. Aprovou a Instrução Normativa em Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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: Ministério da Saúde, 1998.

BUCK, Regina Célia. Segurança e medicina do trabalho. In: _____. **Cumulatividade dos adicionais de insalubridade e periculosidade**. São Paulo: LTr, 2001.cap.2, p. 33-62.

COLACIOPPO, Sergio. Higiene ocupacional da teoria à prática. In: FISCHER, Frida Marina; GOMES, Jorge da Rocha; COLACIOPPO, Sergio (org.). **Tópicos de saúde do trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 73-97.

DEJOURS, Cristophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1992. 168 p.

DIAS, Elisabeth Costa. Organização da Atenção à Saúde no Trabalho. In: FERREIRA JÚNIOR, Mário. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

_____. Debate sobre o artigo de Leny Sato. **Cad. Saúde Pública**, vol.18, n.5, Rio de Janeiro, set./out. 2002.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais do Brasil. In: **Capacitação em serviço social e política social, módulo 3**. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada e a Distância, 2000. 259 p.

_____. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores**. São Paulo: Cortez, 1992.

FERRAZ, Cid; BELLINI, Hamilton Taddei. Condições dentárias de um grupo de trabalhadores adultos em Jundiaí. **Rev. Ass. Paul.Cirurg. Dent**, v. 37, n. 4, São Paulo, jul./ago. 1983.

FISCHER, Frida Marina; PARAGUAY, Ana Isabel Bezerra. A ergonomia como instrumento de pesquisa e melhoria das condições de vida e trabalho. In: FISCHER, Frida Marina;

FREITAS, Carlos Machado et al. Segurança química, saúde e ambiente – perspectivas para a governança no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(1): 249-256, jan./fev., 2002. Disponível em: <www.saudeetabalho.com.br>. Acesso em: 3 de maio de 2005.

GOMES, Jorge da Rocha; COLACIOPPO, Sérgio (org.). **Tópicos de saúde do trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 73-97.

GOMEZ, C. M.; CARVALHO, S. M. T. M. Social Inequalities, Labour, and Health. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(4): 498-503, Oct./Dec. 1993.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v.13, Rio de Janeiro, 1997. Suplemento 2.

LEVANTAMENTO Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira., 2003. Disponível em: www.saude.rs.gov.br/saude_bucal/projeto_sb_gaucho.php. Acesso em: 18 de dez. de 2005.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001. 270 p.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, p.33-45, 1997. Suplemento 2.

MARTINS FILHO, Hélio Bais. Programa de saúde dos trabalhadores: histórico. In: COSTA, Danilo Fernandes et al. **Programa de saúde dos trabalhadores - A experiência da zona norte: uma alternativa em saúde pública.** São Paulo: Hucitec, 1989. p. 19-31.

MARTINS, R. J. **Absenteísmo Odontológico e Médico no Serviço Público e Privado**, 2002. 119f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social Faculdade de Odontologia da UESP). Araçatuba, 2002. Disponível em: <<http://basae.bireme.br/cgi-bin/wxis/ind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 12 de jan. de 2004.

MAZZILLI L. E. N. **Odontologia do Trabalho.** São Paulo: Santos, 2003.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____ . **Uma agenda para a saúde.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 233-269.

MIDORIKAWA E. T. **A Odontologia em Saúde do Trabalhador como uma nova especialidade profissional:** definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador. 2000. 337 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, 13 fev. 2001.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.

MONTEIRO, Maria Silvia; GOMES, Jorge da Rocha. De Taylor ao modelo japonês: modificações ocorridas nos modelos de organização do trabalho e a participação no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 93/94, p. 29-37, dez. 1998.

MOYSÉS, Samuel Jorge. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. **Revista da ABENO**, ano 4, n.1, p. 30-7, jul. 2004.

NARVAI, Paulo Capel. **Saúde Bucal**: assistência ou atenção?. [S.l.: s.n.], 1992. 10 p.

NIERO, Edna Maria. **O ambulatório de saúde do trabalhador em Florianópolis – SC**: Um espaço de resistência no atendimento ao trabalhador acidentado e/ou doente em função do trabalho. 2000. 154 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=44&area=Conceito>>. Acesso em: 7 de mar. de 2005.

PAULA, João Antônio de. A atualidade do programa do manifesto. In: REIS FILHO, Daniel Aarão (Org.). **O manifesto comunista 150 anos depois**. São Paulo: Contraponto, 1998. p.139-153.

PERES, Arsênio Sales et al. Odontologia do Trabalho e Sistema Único de Saúde – uma reflexão: o surgimento da odontologia do trabalho deve ser pensado como um reforço à promoção da saúde que o SUS pretende garantir à população. **Revista da Abeno**, v.4, n.1, p. 38-41. 2004.

PIZZATO E. A. **A Saúde Bucal no Contexto da Saúde do Trabalhador**: análise dos Modelos de Atenção. 2002. 110f. Dissertação (Mestrado Odontologia Preventiva e Social) – UESP. Araçatuba, 2002. Disponível em: <<http://basae.bireme.br/gibin/wxis/ind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 11 fev. 2004.

REA, Louis M.; PARKER, Richard A. **Metodologia de pesquisa**: do planejamento à execução. São Paulo: Thompson, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Manual de Orientações do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública – Centro de Informação e Documentação em Saúde, 2001. p. 102.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 8-14, jan./mar., 1999.

_____. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antonio Carlos (org.) et al. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 2, p. 28-49.

SANTA CATARINA. **Diretrizes da Secretaria de Estado de Santa Catarina em Saúde do Trabalhador**, 2003. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador/PlanoEstadualAtual.doc>. Acesso em: 28 de abr. de 2005.

SANTA CATARINA. **Divisão das Regionais de Saúde por Unidades de Saúde no Município de Florianópolis**. Disponível em: <www.pmf.sc.gov.br/saude/>. Acesso em: 28 de abril de 2005.

SATO, Leny. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.4, Rio de Janeiro, out./dez. 1996.

_____. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.5, Rio de Janeiro, set./out. 2002.

SILVA FILHO, José Luiz Fonseca da. **Gestão participativa e produtividade: uma abordagem da ergonomia**. 1995. 132 f. Tese (Doutorado em Engenharia) - Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

SILVA, Deborah Rachel Audebert Delage. **Percepção de condições de saúde bucal em adultos trabalhadores**. 2000. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em : </AgDw/silverstream/pages/pgRelatorioTesesCompleto.html>. Acesso em: 23 jan. 2004.

SILVA, Zilda Pereira da; BARRETO JÚNIOR, Irineu Francisco; SANT'ANA, Maria do Carmo. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. **São Paulo Perspec.** v.17, n.1, São Paulo, jan./mar. 2003.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.7, n.2, abr./jun., 1998.

TOMITA, Nilce Emy et al.. Relação entre Determinantes Socioeconômicos e Hábitos Bucais de Risco para Más-Oclusões em Pré-Escolares. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 14, n.2, p. 169-175, abr./jun. 2000.

_____. Saúde bucal dos trabalhadores de uma indústria alimentícia do centro-oeste paulista. **Rev. Fac. Odontol.**, Bauru, v.7, n. 1/2, p.67-71, jan./jun. 1999.

VASCONSELLOS, Luiz Carlos Fadel de; RIBEIRO, Fátima Sueli Neto. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.2, Rio de Janeiro, abr./jun. 1997.

VIANNA, Maria Isabel Pereira; SANTANA, Vilma Souza. Exposição ocupacional a névoas ácidas e alterações bucais: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1335-1344, nov./dez. 2001. Disponível em:< www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid >. Acesso em: 14 de fev. de 2004.

CAPÍTULO V

ANEXOS

ANEXO A APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

PESQUISA: SAÚDE BUCAL COLETIVA E SAÚDE DO TRABALHADOR: REPENSANDO AS PRÁTICAS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO

O presente estudo tem como objetivo relacionar a formação de recursos humanos, a implementação de unidades especializadas em saúde do trabalhador e a inserção da atenção da saúde bucal do trabalhador dentro da lógica dos serviços de saúde. Para tanto serão comparados os dados coletados sobre o perfil e a percepção dos odontólogos no município de Florianópolis.

Este Projeto de Pesquisa busca portanto melhorar a atuação dos profissionais de saúde e da comunidade frente aos desafios da gestão dos serviços e dos problemas de saúde mais prevalentes, ao criar subsídios para a discussão do modelo público de oferta de serviços.

A Pesquisa está sendo realizado pelos Cirurgiões-Dentistas Maria Cristina Calvo, Professora Doutora da Universidade Federal de Santa Catarina e Alex Elias Lamas Especialista em Saúde Coletiva e Mestrando da UFSC.

Pelo presente documento declaro que fui informado de forma clara e detalhada sobre os objetivos e justificativas do Projeto, tendo o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa. A qualquer momento terei a total liberdade de deixar de participar do estudo. Entendo que não serei identificado e que as informações registradas serão confidenciais.

Por fim, concordo em participar do estudo e autorizo a utilização dos dados quando se fizer necessário exclusivamente para esta pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2005.

Assinatura: _____

Nome: _____

Pesquisador Responsável: _____

Os pesquisadores agradecem a disponibilidade em responder a este instrumento de pesquisa. Desejamos sinceramente que esta pesquisa produza informações relevantes e que estas em breve retornem aos serviços de forma a auxiliarem seus esforços de qualificação.

Para obter mais informações ou manifestar o desejo de deixar de participar do estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento envie um e-mail para aelamas@ig.com.br ou entre em contato pelo telefone (48) 99672495.

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA

Pesquisa para propostas de formação de recursos humanos em saúde.	
Saúde do trabalhador e saúde bucal coletiva: repensando as práticas dos serviços públicos para um novo modelo de atenção. Colega , por favor leia atentamente as questões e responda de acordo com a sua percepção. O questionário é auto-explicativo, procure responder de forma direta e sem rasuras. Pesquisadores: Alex Lamas e Cristina Calvo (48) 99672495 aelamas@zipmail.com.br CCS - UFSC.	
A - INFORMAÇÕES GERAIS: MUNICÍPIO	
1. Nome do Município:	A1:
B - INFORMAÇÕES GERAIS: SERVIÇO	
1. Nome do serviço:	B1:
2. Endereço do serviço:	B2:
3. População da área de abrangência:	B3:
4. Qual o tipo de organização do serviço? () Programa de Saúde da Família () Posto/Unidade de saúde () Pronto-atendimento () Hospital () Centro de Referência. Outro, especificar _____.	B4:
5. Número de odontólogos do serviço: (_____) manhã (_____) tarde (_____) noite	B5:
6. Número de auxiliares da equipe de odontologia: (_____) manhã (_____) tarde (_____) noite	B6:
7. Número total de atendimentos odontológicos/mês realizados pelo serviço:	B7:
8. Ordene (de 1 a 7) os usuários de acordo com a prioridade de atendimento odontológico para o serviço? 1=maior prioridade; 7=menor prioridade. () Bebês – até 1 ano; () Pré-escolares – de 1 a 6 anos; () Escolares – 7 a 14 anos; () Adolescentes – 15 a 20 anos; () Gestantes – qualquer idade; () Trabalhadores - qualquer idade () Idosos - acima de 65 anos.	B8:
C - PERFIL PROFISSIONAL	
1. Idade: _____ anos.	C1:
2. Sexo: () Masculino () Feminino	C2:
3. Tempo de formado: _____ anos.	C3:
4. Formou-se em universidade pública ou privada? () Pública () Privada	C4:
5. Possui algum tipo de curso de pós-graduação? () Não () Especialização () Mestrado () Doutorado Em que área(s)? _____.	C5:
6. Recebe algum tipo de treinamento para atuar no setor público? () Sempre () quase sempre () dificilmente () nunca	C6:
7. Frequentou durante a graduação alguma disciplina que abordasse o tema “saúde do trabalhador”? () Sim () Não	C7:
8. Realizou algum curso específico sobre “saúde do trabalhador”? () Sim () Não	C8:
9. Tempo de serviço público: _____ anos.	C9:
D - PERFIL DO SERVIÇO E AÇÕES DE SAÚDE	
1. O serviço em que trabalha presta atendimento odontológico à população trabalhadora? () Sim () Não	D1:

2. Este serviço possui terceiro turno (após as 18 hs) para o atendimento odontológico da população? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	D2:
3. O serviço em que trabalha atua com a noção de território e usuários cadastrados? <input type="checkbox"/> Sim, o atendimento é realizado principalmente em função dos usuários cadastrados <input type="checkbox"/> Não, o atendimento é realizado para a população em geral, independente do local de residência	D3:
4. O serviço em que trabalha realiza o atendimento da população... <input type="checkbox"/> Exclusivamente por demanda programada (detecção e priorização de grupos mais vulneráveis) <input type="checkbox"/> Principalmente por demanda programada <input type="checkbox"/> Principalmente por livre demanda (atendimento definido pela procura da população ao serviço) <input type="checkbox"/> Exclusivamente por livre demanda	D4:
5. Quais são as ações desenvolvidas pelo serviço, direcionadas ao grupo da população trabalhadora? <input type="checkbox"/> Visitas aos ambientes de trabalho <input type="checkbox"/> Campanhas de prevenção à acidentes e de conscientização de riscos ocupacionais <input type="checkbox"/> Atendimento clínico <input type="checkbox"/> Encaminhamento aos níveis de maior complexidade <input type="checkbox"/> Manejo previdenciário dos agravos <input type="checkbox"/> Reabilitação física aos acidentados Outros: _____.	D5:
6. Você recebe ou produz informações epidemiológicas que permitam compreender a situação de morbi-mortalidade da população em geral da área ? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> dificilmente <input type="checkbox"/> nunca	E1:
7. Você recebe ou produz informações epidemiológicas que permitam compreender a situação de morbi-mortalidade referentes à população trabalhadora da área? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> dificilmente <input type="checkbox"/> nunca	E2:
8. Estas informações são divulgadas e discutidas com a comunidade? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> dificilmente <input type="checkbox"/> nunca	E3:
9. Existe a participação da população trabalhadora (usuários do serviço) na definição das ações deste serviço de saúde? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> dificilmente <input type="checkbox"/> nunca	F1:
10. Você participa das reuniões do Conselho Local ou Municipal de Saúde? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> dificilmente <input type="checkbox"/> nunca	F2:
11. O serviço está inserido em algum programa de atenção à saúde do trabalhador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei Qual? _____.	G1:
12. Você já sofreu algum tipo de acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	G2:
13. Caso positivo, este acidente foi notificado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	G3:
14. Caso positivo, como e onde foi feita esta notificação?	G4:
15. A rede do seu município possui serviço de referência para atendimento ao trabalhador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	G5:
16. Quais as funções que você atribui aos CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR?	G6:
17. Qual o seu entendimento sobre a REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR – RENAST?	G7:

18. Existe planejamento e programação das ações desenvolvidas pelo serviço em que trabalha? () Sempre () quase sempre () dificilmente () nunca	H1:
19. Você participa deste planejamento e programação? () Sempre () quase sempre () dificilmente () nunca	H2:
20. São estabelecidas metas para produtividade de atendimento clínico (controle sobre a produção de procedimentos)? () Sempre () quase sempre () dificilmente () nunca	H3:
21. São estabelecidas pactuações e metas de melhoria dos indicadores de saúde da população (controle do impacto das ações sobre a saúde da população)? () Sempre () quase sempre () dificilmente () nunca	H4:
22. Realiza algum tipo de intervenção em conjunto com qualquer outro setor como educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social? () Sempre () quase sempre () dificilmente () nunca	I1:
23. Atua com profissionais de outras áreas (psicólogo, assistente social, médico, enfermeiro, nutricionista...) no atendimento e na resolução dos problemas de saúde da população em geral ? () Sempre () quase sempre () dificilmente () nunca	I2:
24. Atua com profissionais de outras áreas (psicólogo, assistente social, médico, enfermeiro, nutricionista...) no atendimento e na resolução dos problemas de saúde da população trabalhadora especificamente? () Sempre () quase sempre () dificilmente () nunca	I3:
E - SAÚDE DO TRABALHADOR E MODELO ASSISTENCIAL	
1. Na sua opinião, de quem é a responsabilidade das ações relativas à saúde do trabalhador? () Total do setor público () Parcial do setor público () Total do setor privado	J1:
2. Entende que a rede básica é a porta de entrada para a população trabalhadora no sistema de saúde? () Sim () Não Por que razão?	J2:
3. Você acredita que a forma de inserção dos indivíduos no mundo do trabalho apresenta algum reflexo sobre o processo de adoecimento? () Forte relação () Alguma relação () Pouca relação () Nenhuma relação	K1:
4. Existe esta mesma relação (entre trabalho e adoecimento) tendo como resultado alguma manifestação bucal? () Forte relação () Alguma relação () Pouca relação () Nenhuma relação	K2:
5. Cite manifestações orais de doenças ocupacionais que sejam objeto de atenção da odontologia?	K3:
6. O que representa para você a resolução do CFO que aprovou a nova especialidade ODONTOLOGIA DO TRABALHO?	K4:
7. Sua opinião sobre esta pesquisa...	L1:

APÊNDICE C - UNIDADES DE SAÚDE COM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM

FLORIANÓPOLIS

ILHA

1) Unidade de Saúde PONTA DAS CANAS

R. Alcides Bonatellii, s/nº

2) Unidade de Saúde CACHOEIRA

R. Leonel Pereira, 273

3) Unidade de Saúde CANASVIEIRAS

Rod. Namusco Faustino Martins

4) Unidade de Saúde INGLESES

Travessa dos Imigrantes, nº 135

5) Unidade de Saúde JURERE

Estrada Geral do Jurerê, 242

6) Unidade de Saúde VARGEM GRANDE

R. Cristovão M de Campos, 213

7) Unidade de Saúde VARGEM PEQUENA

Rod Manoel L. de Souza Brito, s/nº

8) Unidade de Saúde RIO VERMELHO

Rod. João Gualberto Soares, 1.099

9) Unidade de Saúde SANTO ANTÔNIO DE LISBOA

R. Prof. Osni Barbato, 03

10) Unidade de Saúde JOÃO PAULO

R. João Paulo, 1.268

11) Unidade de Saúde TRINDADE

Conf. Henrique da Silva Fontes c/ Odilon Fer., 6000

12) Unidade de Saúde BARRA DA LAGOA

R. Altamiro Barcelos Dutra, 1.205

13) Unidade de Saúde CENTRO

Av. Rio Branco, 90 - T.: 225-5691/ 225-5836/ 225-6964

14) Unidade de Saúde AGRONÔMICA

R. Rui Barbosa, s/nº

15) Unidade de saúde ITACORUBI

Rod. Amaro Antônio Vieira, 2.260

- 16) Unidade de Saúde PRAINHA
R. Silva Jardim, s/n –
- 17) Unidade de Saúde M. SERRAT
R. Nestor Passo, 126 - T.: 223-7816/ 223-4619
- 18) Unidade de Saúde CÓRREGO GRANDE
R. João Pio Duarte da Silva, s/nº
- 19) Unidade de Saúde LAGOA DA CONCEIÇÃO
R. João Pacheco da Costa, 255
- 20) Unidade de Saúde SACO OS LIMÕES
Endereço R. Aldo Alves, s.nº
- 21) Unidade de Saúde PANTANAL
R. Dep. Antônio Edu Vieira, 968
- 22) Unidade de Saúde CANTO DA LAGOA
R. Laurindo J. da Silveira, 2.507
- 23) Unidade de Saúde COSTEIRA DO PIRAJUBAÉ
R. João Câncio Jacques, 1.461
- 24) Unidade de Saúde CARIANOS
Endereço R. Ver. Osvaldo Bittercourt, s/n
- 25) Unidade de Saúde RIO TAVARES
Rod. Antônio Luiz M. Gonzaga, s/nº
- 26) Unidade de Saúde FAZENDA DO RIO TAVARES
Endereço Rua do Conselho Comunitário –
- 27) Unidade de Saúde CAMPECHE
Endereço Av. Pequeno Príncipe, 2.859
- 28) Unidade de Saúde ALTO RIBEIRÃO
Endereço Rod. Baldicero Filomeno, 756
- 29) Unidade de Saúde MORRO DAS PEDRAS

Rod. SC-406, 1.685

30) Unidade de Saúde RIBEIRÃO DA ILHA

R. João José D'Avila, s.nº

31) Unidade de Saúde ARMAÇÃO

Rod. SC-406, 6.074

32) Unidade de Saúde PÂNTANO DO SUL

R. Abelardo Otacílio Gomes, s/nº

33) Unidade de Saúde CAEIRA DA BARRA DO SUL

Rod. Baldicero Filomeno, 19.795

CONTINENTE

34) Unidade de Saúde US JARDIM ATLÂNTICO

R. Manoel Pizzolatti, 273

35) Unidade de Saúde BALNEÁRIO

Av. Santa Catarina, 1.570

36) Unidade de Saúde ESTREITO

Endereço R. Aracy Vaz Callado, 742

37) POLICLÍNICA II

R. Heitor Blum, 521

38) Unidade de Saúde MORRO DA CAIXA

Travessa das Crianças, 145

39) US VILLA APARECIDA

R. Fermino Costa, 284

40) Unidade de Saúde ABRAÃO

R. João Meirelles, s/nº

41) Unidade de Saúde CAPOEIRAS

R. Irmã Bonavita, 286

42) Unidade de Saúde MONTE CRISTO

R. Joaquim Nabuco, s.nº

43) Unidade de Saúde SAPÉ

Trav. Valdemar Osmar Hermann, 82

44) Unidade de Saúde COLONINHA

R. Tenório de Albuquerque, 125