



UNICAMP

TATIANA TORRES MIRANDA FERREIRA



1290004745

TCE/UNICAMP
F413o
FOP

ODONTOLOGIA DO TRABALHO:

Especialidade odontológica de relevância social

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Odontologia do Trabalho da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontologia do Trabalho.

**Piracicaba
2007**



TATIANA TORRES MIRANDA FERREIRA



ODONTOLOGIA DO TRABALHO:

Especialidade odontológica de relevância social

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Odontologia do Trabalho da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontologia do Trabalho.

Orientadora: Profª.Dra. Dagmar de Paula Queluz

355 *

**UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA**

**Piracicaba
2007**

Unidade FOP/UNICAMP

N. Chamada

F413o

Vol. Ex.

Tombo BC/

Unidade - FOP/UNICAMP

TCE/UNICAMP

F413o

Ed.

Vol. Ex.

Tombo 4745

C D

Proc. 16P.134/2030

Preço R\$33,00

Data 13/04/2030

Registro 3037.16

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

Bibliotecário: Marilene Girello - CRB-8º / 6159

F413o Ferreira, Tatiana Torres Miranda.
Odontologia do trabalho : especialidade odontológica de
relevância social. / Tatiana Torres Miranda Ferreira. -- Piracicaba,
SP : [s.n.], 2007.
iv, 40f.

Orientador: Dagmar de Paula Queluz.

Monografia (Especialização) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Ambiente de trabalho. 3. Segurança do
trabalho. I. Queluz, Dagmar de Paula. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

**Mãe... São três letras apenas
As desse nome bendito:
Também o Céu tem três letras...
E nelas cabe o infinito.**

**Para louvar nossa mãe,
Todo o bem que se disse
Nunca há de ser tão grande
Como o bem que ela nos quer...**

**Palavra tão pequenina,
Bem sabem os lábios meus
Que és do tamanho do Céu
E apenas menor que Deus!**

Mário Quintana

À minha mãe querida, por tudo o quanto tem feito por mim.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	01
RESUMO.....	02
ABSTRACT.....	03
1. INTRODUÇÃO	04
2. DESENVOLVIMENTO	06
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

LISTA DE ABREVIATURAS

OT – Odontologia do Trabalho

CFO – Conselho Federal de Odontologia

DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

MS – Ministério da Saúde

MT – Medicina do Trabalho

NR – Norma Regulamentadora

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

SO – Saúde Ocupacional

ST – Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

O objetivo deste trabalho é demonstrar que a Odontologia do Trabalho é uma nova especialidade odontológica e de relevância social. A recente regulamentação da Odontologia do Trabalho como especialidade odontológica pelo Conselho Federal de Odontologia abriu um vasto campo para o debate em torno de duas temáticas de grande importância para o Brasil: a evolução das ciências Odontológicas e sua atuação no ambiente de trabalho. Levando-se em conta os direitos adquiridos pelos trabalhadores, em termos de direitos humanos, higiene, ergonomia e segurança no trabalho; notadamente as empresas e indústrias de produção devem propiciar assistência a saúde bucal e a compatibilidade entre a atividade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador. Essa especialidade é importante enquanto complemento à integralidade da saúde do trabalhador e urgente frente ao grande volume de patologias bucais adquiridas no ambiente de trabalho.

Palavras Chaves: odontologia do trabalho, relevância social, saúde do trabalhador

ABSTRACT

The aim of this study is to demonstrate that the Labour Dentistry is a new dentistry specialty and of social relevance. The recent regulation of the Labour Dentistry as dentistry specialty for Federal Dentistry Council opened a vast field for the debate around two themes of great importance to Brazil: the evolution of the dentistry sciences and the performance in the work environment. Being taken into account the acquired rights for the workers, in terms of human rights, hygiene, ergonomics and safety in the work; especially the companies and production industries should propitiate attendance the oral health and the compatibility between the work activity and the preservation of the workers' oral health. The specialty is important while complement to the worker's health and urgent front to the great volume of acquired oral pathologies in the work environment .

Key Words: labour dentistry, social relevance, worker's health

1. INTRODUÇÃO

A Odontologia no Brasil tem passado nos últimos anos por importantes fases em sua evolução, oferecendo novas possibilidades de atuação profissional que não apenas a clínica dentária.

Em um país reconhecidamente de muitos profissionais dentistas e de uma pequena população com acesso aos cuidados bucais, as novas especialidades no campo odontológico brasileiro, recentemente regulamentadas pelo Conselho Federal de Odontologia, representam um ponto de convergência em resposta a ambas as constatações.

Em relação à expectativa profissional, possibilita-se a abertura de um leque de opções para o trabalho dos dentistas; e, em relação à população desassistida, considera-se, senão a reversão deste quadro, ao menos a ampliação do número de pessoas com tratamento dentário e prevenção da saúde bucal, com a implementação de novas políticas públicas.

Uma destas especialidades é a Odontologia do Trabalho – OT, um novo ramo de atuação para os cirurgiões-dentistas no âmbito da Saúde do Trabalhador, que vem, progressivamente, ganhando corpo e importância no debate atual, seja por força da conquista de direitos, seja pelas formas de produção do capitalismo contemporâneo, globalizado e altamente competitivo, propiciadoras de inúmeras patologias bucais adquiridas no ambiente laboral.

A criação da especialidade pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ressoante-se, ainda, da aprovação do Projeto de Lei n. 3.520 de 2004 no mesmo sentido, sujeito a apreciação na Câmara dos Deputados.

Somente após a aprovação do Projeto se legalizará em todo o País a obrigatoriedade das empresas e indústrias de manterem em seus quadros funcionais um profissional da saúde bucal, ao lado de outros profissionais formadores das equipes de Saúde, Higiene e Segurança do Trabalho – médicos, engenheiros etc.

Entretanto, a regulamentação de tal atividade pelo CFO impulsionou o debate sobre a relevância social da Odontologia do Trabalho e sobre a conscientização dos gestores empresariais no sentido de que empregados com saúde bucal e sob a guarda da proteção e prevenção deste cuidado representam aumento de produtividade e geração de renda a seus negócios.

Para além do aspecto econômico, a implantação de um serviço próprio de assistência bucal no interior das empresas e indústrias implica na valorização do capital humano, significando a possibilidade de proporcionar maior qualidade de vida ao trabalhador e, por consequência, maior rendimento em sua função, na medida em que o torna satisfeito e plenamente atendido no seu equilíbrio físico.

A Odontologia do Trabalho é o tema escolhido para o desenvolvimento deste estudo, frente à emergência desta nova especialidade, com o objetivo de demonstrar a relevância de tal serviço tanto em ambientes públicos como no interior das organizações, de modo a salvaguardar, em um primeiro momento, a saúde bucal do trabalhador e, em última instância a atenção integral de sua saúde e bem-estar no ambiente laboral.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Organização de Trabalho e Saúde do Trabalhador

O trabalho é um dos fatores determinantes do processo civilizatório humano. Os objetos e os instrumentos fabricados pelo homem modificaram a sua relação com a natureza e com os seus semelhantes. Os arranjos técnicos e os sistemas técnicos transformaram a situação do homem no mundo, fazendo com que este passasse a inserir-se no ambiente das organizações laborais.

A evolução das condições de vida e de trabalho sempre esteve associada ao desenvolvimento de reivindicações operárias. Essas lutas, em geral, buscaram construir a história de uma frente pela saúde no trabalho, mediante a constatação de que os processos e o ambiente de trabalho podem gerar riscos profissionais (genéricos ou específicos) à saúde do trabalhador.

Segundo Gomez- Minayo & Thedim-Costa (1997), a relação entre saúde, doença e o processo de produção (trabalho) esteve presente nas análises dos estudiosos desde que o homem deixou de ser artesão para concentrar-se nas fábricas, *locus* das relações produtivas no século XIX, quando, com a Revolução Industrial, iniciou-se o capitalismo.

Nesta época, de acordo com Mendes (1994) a Medicina era coletiva, urbana e social, voltada ao assistencialismo das populações mais pobres e à administração de problemas públicos como epidemias e vacinação.

Mas, além dos cuidados com a saúde da população, com as reivindicações operárias a Medicina passou também a intervir no ambiente de trabalho, pois, com a intensificação da produção industrial, os trabalhadores ficaram mais expostos aos riscos inerentes a suas atividades laborais.

No interior das fábricas os médicos buscavam a atenção à saúde dos trabalhadores para que o seu adoecimento não acarretasse problemas aos

interesses do capital. Cabia-lhes todas as responsabilidades de 'manutenção' e controle da força de trabalho.

Não obstante defenderem os interesses dos empresários e donos do capital, a atividade dos médicos representou o surgimento, em 1830, dos primeiros serviços de Medicina do Trabalho, que, incipientes, centravam-se apenas na sua figura.

Os médicos seriam, durante muito tempo, os únicos responsáveis pela prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho e pela ocorrência de problemas de saúde no interior das fábricas, uma vez que os trabalhadores eram vistos como mão-de-obra a ser usada no limite de suas potencialidades.

2.1.1. O Surgimento da Medicina do Trabalho

Em finais do século XIX surgem as primeiras leis de saúde pública que marcadamente abordaram a questão 'saúde dos trabalhadores', abrindo espaço para o marco inicial da Medicina do Trabalho.

No início do século XX a Medicina do Trabalho ainda tinha uma ótica voltada para a medicina do corpo, individual e biológica. Este tipo de atuação estruturava-se sobre a figura do Médico do Trabalho como agente que, através de instrumentos empíricos, atuava sobre seu objeto, o homem trabalhador, com uma abordagem clínico-terapêutica, em que, no máximo, se analisava o microambiente de trabalho e a ação patogênica de certos agentes.

Segundo Antunes (2002), a partir de meados do século XX as grandes indústrias passaram a adotar novos modelos de produção: os modelos taylorista e fordista, que propuseram um novo sistema de reprodução da força de trabalho a partir de uma produção em massa, fruto da intensificação do consumo mundial.

Neste contexto, a administração das empresas teve que racionalizar-se e o trabalho passou a ser rotinizado, disciplinado e repetitivo.

A aplicação deste modelo implicou a intensificação da jornada de trabalho, apresentando maior dominação e exploração do trabalhador por parte dos donos das empresas e a conseqüente desumanização dos indivíduos envolvidos em tal processo.

Ainda no século XX, com a evolução tecnológica, a administração das empresas teve que adequar-se ao aumento do número de máquinas no interior das fábricas, fazendo surgir um novo modelo de produção, o toyotismo, mais flexibilizado, com maior autonomia e liberdade para o trabalhador, porque estava baseado na automação das atividades.

Todavia, se por um lado a carga física de trabalho reduziu-se com a ampliação da automação, a carga psíquica aumentou, levando os trabalhadores a um estado de tensão e conflitos internos constante, reveladores de seu esgotamento. As novas tecnologias, ao incorporarem novos processos de trabalho, geravam grandes riscos, que culminavam em acidentes e doenças profissionais.

Em todos estes modelos de organização de trabalho os indicadores mais diretos da nocividade e da exploração do trabalho estavam relacionados aos acidentes típicos e às chamadas doenças ocupacionais, características dos efeitos dos materiais e dos agentes de risco existentes nos ambientes de trabalho, onde ocorria a transformação industrial. Também a eles associava-se uma maneira de compreender os agravos à saúde.

Os serviços de Medicina do Trabalho, Medicina Legal e Higiene do Trabalho Industrial já estavam formalmente implantados nas empresas nesta época. No entanto, os riscos ocupacionais ainda eram vistos por estes serviços como infortúnios do trabalho, isto é, uma concepção que aliava a fatalidade a uma certa suscetibilidade individual para a ocorrência de tais problemas.

Em função disso, Gomez- Minayo & Thedin-Costa (1997), comentam que a grande crítica que se faz à Medicina do Trabalho – MT é que seu pensamento preponderante se orientou pela teoria da unicausalidade, isto é, um raciocínio que alia para cada doença um agente etiológico.

Com efeito, ao isolar riscos específicos, a Medicina do Trabalho atuava sobre suas conseqüências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida.

Desta forma, a Medicina do Trabalho foi considerada incapaz de superar o enfoque biológico, ignorando outros fatores que envolvessem as relações psicossociais que trazem conseqüências para a saúde do trabalhador.

Com o passar do tempo as ciências foram evoluindo, configurando novos campos do saber e fazendo desenvolverem-se os primeiros conceitos de Higiene Industrial e de Ergonomia, fortalecendo a concepção da Engenharia de Segurança no Trabalho.

Neste mesmo contexto, Mendes & Dias (1991), destacam o surgimento das primeiras escolas com ênfase na Medicina Preventiva, como a John Hopkins e a de Pittsburgh, nos Estados Unidos.

Para esses autores, iniciava-se então um novo modelo de atenção à saúde, baseado na interdisciplinaridade e na multiprofissionalidade. Tal modelo, chamado Saúde Ocupacional, nasceria sob a égide da Saúde Pública, com uma visão bem mais ampla que a do modelo original de Medicina do Trabalho.

Como o novo modelo tratou de ampliar a Medicina do Trabalho, é certo afirmar que esta não teria desaparecido, mas seria complementada, somando-se ao acervo de seus conhecimentos o saber incorporado de outras disciplinas e de outras profissões.

Mendes (1994), comenta que:

"A Saúde Ocupacional surge principalmente nas grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multi-profissionais e a ênfase na higiene industrial, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países industrializados."

2.1.2. Saúde Ocupacional. Bases Filosóficas e Conceituais

Analisando um contexto amplificado, Nogueira (1972), pontua três razões fundamentais para o surgimento da Saúde Ocupacional – SO.

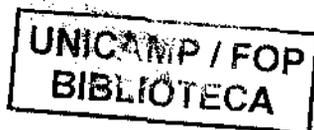
Num primeiro momento, este surgimento deveu-se ao grande desenvolvimento da Medicina Preventiva e da Saúde Pública em todos os seus ramos.

Deveu-se também à crescente noção da dignidade do trabalho e do direito do trabalhador a uma proteção adequada contra as agressões do meio ou do material de trabalho. E, finalmente, deveu-se à industrialização crescente de todos os países do mundo, com a necessidade de uma produção industrial cada vez maior.

Sabe-se que a categoria 'ocupacional' é um conceito genérico, aplicável a qualquer agrupamento classificatório de realidades do trabalho. Já a categoria 'ocupação' é o agrupamento de tarefas, operações e outras manifestações que constituem as obrigações atribuídas a um trabalhador e que resultam na produção de bens e serviços.

Em relação a ambas as categorias, a Saúde Ocupacional representou uma nova perspectiva de abordagem da saúde no trabalho. Ela retirou o enfoque principal do indivíduo e colocou-o no ambiente, controlando riscos e promovendo uma doutrina de asseio aos trabalhadores, o que constituiu um método que priorizou a prevenção, ao contrário do antigo método de reparação, evidenciando uma abordagem voltada para a relação saúde/doença/ambiente de trabalho.

Para Silva & Souto (1983), a Saúde Ocupacional é o conjunto de procedimentos que visam à promoção e à manutenção do bem-estar físico, psíquico e social do homem no seu trabalho.



Para dar conta destes procedimentos a Saúde Ocupacional tem natureza multiprofissional e engloba três áreas de atuação: a médica, centrada no trabalhador; a relativa à higiene do trabalho, atuando sobre as condições do ambiente; e a segurança do trabalho.

Os profissionais envolvidos nestas áreas têm em comum o compromisso com a promoção e preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores, aplicando um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos que objetivem o cumprimento de seu compromisso.

Por isso Segre (1989), afirma que as atenções em Saúde Ocupacional, como de resto todas as atenções que pretendem a preservação da vida, qualitativa e quantitativamente, são engendradas e implementadas por equipes multiprofissionais, nas quais o médico detém apenas uma parcela das responsabilidades – sua preocupação iria além da atenção às patologias provenientes do trabalho.

Sob a perspectiva ética, para o autor, o profissional de Saúde Ocupacional deve ter em mente, *“segundo os conceitos atuais, humanitários e democráticos”*, que está atuando em benefício dos trabalhadores e por isso,

“Não pode ser um instrumento da produção, colocando como seu objetivo primeiro o de propiciar rendimento maior ao processo produtivo, devendo assumir a postura de protetor da saúde dos trabalhadores, podendo (ou não) haver coincidência dos dois objetivos mencionados”.

Na atualidade, as equipes de Saúde Ocupacional – constituídas por profissionais de diferentes formações – buscam a preservação da saúde como um todo, incluindo-se neste contexto aspectos extra-profissionais.

É justamente nesse sentido a determinação dos objetivos da Saúde Ocupacional propostos pela Organização Mundial da Saúde - OMS (2006), para quem a Saúde Ocupacional,

"Tem como finalidade incentivar e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; prevenir todo o prejuízo causado à saúde destes pelas condições de seu trabalho; protegê-los em seu serviço contra os riscos resultantes da presença de agentes nocivos à sua saúde; colocar e manter o trabalhador em um emprego que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas e, em resumo, adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho".

Nesta perspectiva, é de se destacar que o monitoramento do ambiente de trabalho dessas equipes de Saúde Ocupacional, através de técnicas especializadas, torna possível determinar a magnitude dos efeitos aos quais está exposto o trabalhador. A realização de levantamentos técnicos pode viabilizar o planejamento de medidas de prevenção, controle, eliminação e neutralização de agentes agressores, tensão que afeta os diversos locais de trabalho.

Daí a importância da obrigatoriedade legal dos registros de informação, que devem ser contínuos, ininterruptos e sistemáticos, de modo a apresentar o menor índice de falhas ou omissões sobre a condição dos trabalhadores, proporcionando aos pesquisadores a base de dados necessária a estudos conclusivos sobre dada situação.

Assim, quando existe um programa de Saúde Ocupacional, é possível prevenir fatores de riscos ocupacionais, de modo a alterá-los, obter um diagnóstico precoce e correto dos agravos à saúde do trabalhador e conseqüente adoção da conduta que resultará em melhor prognóstico.

Em outro aspecto, como uma das mais importantes divisões da medicina preventiva, em todos os países do mundo os investimentos em Saúde Ocupacional

têm tido retorno garantido tanto em economia de custos com doenças como em qualidade de vida.

É de se destacar que no âmbito das organizações o serviço de Saúde Ocupacional não deve ser caracterizado pelo fato de ocupar um espaço físico em suas instalações nem pelo fato de ser custeado total ou parcialmente pela própria empresa.

Ao contrário, como na atualidade é possível perceber a importância estratégica da intervenção dos profissionais de Saúde Ocupacional nas empresas como um indicador de responsabilidade social, este fato por si só justifica e legitima tal serviço.

Os serviços de Saúde Ocupacional passaram a significar um fator vital não apenas de confiabilidade das operações, organizacionais, como significam, hoje, um pré-requisito fundamental para sua produtividade e para que atinja um desenvolvimento sócio-econômico sustentável, mesmo em relação às pequenas empresas.

Este, aliás, é um tema sobre o qual recai a exigência da legislação brasileira na implantação de serviços de Saúde Ocupacional, abarcando a totalidade das empresas.

2.2. A Saúde do Trabalhador

Os conceitos e práticas da Medicina do Trabalho foram grandemente ampliados com a intervenção da Saúde Ocupacional, que avançou numa proposta interdisciplinar, com base na Higiene Industrial, relacionando ambiente de trabalho-corpo do trabalhador.

Entretanto, a evolução de seus princípios apontou limitações na concepção filosófica da Saúde Ocupacional, apesar de seus reconhecidos avanços em termos conceituais, que apontaram um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde.

Segundo Gomez- Minayo & Thedim-Costa (1997), tal fato coloca em questão a distância entre a produção do conhecimento e 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”.

A partir dessa visão crítica do raio de ação da filosofia conceitual da Saúde Ocupacional, surgiram novas premissas que foram construindo um novo eixo de atuação no campo da Medicina do Trabalho: a noção de Saúde do Trabalhador – ST.

O termo 'Saúde do Trabalhador' refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença, considerado um processo dinâmico.

Estreitamente relacionadas com o desenvolvimento produtivo, a saúde e a doença no âmbito da Saúde do Trabalhador inserem-se numa área técnica da Saúde Pública; sua centralidade está na relação saúde/doença/trabalho com base em outros fatores, especialmente sociais, cuja consequência é o desgaste físico e psíquico do trabalhador.

Destacam-se nessa linha de abordagem os estudos pioneiros de Laurell & Noriega (1989) no âmbito da Medicina Social, que problematizaram o caráter social do processo saúde/doença, abordando a compreensão do impacto do regime de acumulação flexível como resposta do capital e do capitalismo nas relações de trabalho após os modelos fordistas, tayloristas e toyoristas de produção.

Laurell & Noriega referiram ser necessário compreender que a doença não é um acontecimento aleatório individual, mas sim, uma condição da coletividade

com influências sociais marcantes. Nesse sentido, propuseram a necessidade de atender este processo na sua articulação com o sistema de produção.

Para tanto, estabeleceram como ponto central de análise o processo de trabalho, a partir da premissa de que este é constituído pela valorização do capital e pelas formas de trabalho, sendo responsável por toda a estruturação da vida social.

Assim, incorporaram ao debate sobre a saúde do trabalhador a noção de que a Saúde do Trabalhador teria surgido também como um novo enfoque de sua proteção à luz da pressão do capital.

Este viés viria influenciar pesquisadores e sanitaristas de toda a América Latina e contribuiria para determinar o objeto da Saúde do Trabalhador como o estudo do processo saúde-doença dos grupos humanos sob a ótica do trabalho.

Este campo abarcaria a área de conhecimento e aplicação técnica sobre os múltiplos fatores que afetam a saúde dos trabalhadores, independentemente das fontes de onde provenham e das conseqüências da ação desses fatores sobre a população doente e das variadas maneiras de atuar sobre estas condições.

Segundo Dias (1995), a área de Saúde do Trabalhador surge como:

“Uma prática social instituinte, que se propõe a contribuir para a transformação da realidade da saúde dos trabalhadores, e por extensão a da população como um todo, a partir da compreensão dos processos de trabalho particulares, de forma articulada com o consumo de bens e serviços e o conjunto de valores, crenças, idéias e representações sociais próprios de um dado momento da história humana”.

Gomez-Minayo & Thedim-Costa (1997), propõem a definição de que a Saúde do Trabalhador é um corpo de *“práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum”.*

No esteio de sua natureza interdisciplinar, a Saúde do Trabalhador tem natureza multiprofissional.

O Brasil seria marcado pelo avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, durante os anos 60, suscitando o questionamento das abordagens funcionalistas. Esta condição ampliaria o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho.

Surgiu, assim, o campo da Saúde do Trabalhador, em meados dos anos 70, com movimentos sanitaristas, que buscariam a integralidade da assistência à saúde e a superação da dicotomia Medicina Preventiva/Medicina Curativa.

Os anos 80 seriam marcados por movimentos sindicais que lutaram por compromissos de mudança dos governos sobre o quadro complexo que havia naquela época sobre a realidade da saúde da população brasileira trabalhadora.

A noção de Saúde do Trabalhador atrelou-se, portanto, à luta democrática e à luta por cidadania e por liberdade no interior da organização dos trabalhadores.

Por isso, para Gomez-Minayo & Thedim-Costa (1997), o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil tem conotação própria, pois sua origem é marcada por movimentos sociais que refletiram uma trajetória de resistência social, conquistas e limitações nas lutas coletivas por melhores condições de vida e de trabalho:

“Essa nova compreensão surge, em sua singularidade, num contexto conjuntural caracterizado pela confluência de movimentos sociais e políticos, de onde emergiam novos projetos de sociedade e novas estratégias de ação que influenciavam e eram influenciados pela produção intelectual”.

De acordo com os autores, essa trajetória seria marcada também pelo respeito/desrespeito das empresas à legislação existente e pela omissão do Estado

na definição e implementação de políticas nesse campo, bem como sua precária intervenção no espaço laboral.

A consolidação do conceito de Saúde do Trabalhador no Brasil, através do surgimento de comissões de saúde do trabalhador e programas de saúde do trabalhador, romperia com a visão reducionista da Medicina do Trabalho e da Medicina Ocupacional, cujo enfoque voltava-se mais para a produção e o lucro.

O processo de implementação da Saúde do Trabalhador no Brasil culminaria com o advento da Constituição Federal de 88, a Constituição Cidadã.

Assim, desde 1988 a Saúde do Trabalhador configura-se como prática institucionalizada no interior do Sistema Único de Saúde, SUS, que explicita a noção de Saúde do Trabalhador como um direito inalienável em vários de seus artigos, definindo seu papel e suas atribuições nesse contexto.

Com efeito, na regulamentação do SUS, através da Lei n. 8080/90, fica claramente definido que a ele caberá atuar na Saúde do Trabalhador tanto na assistência, na vigilância e controle dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, como na promoção da saúde.

Segundo o artigo 6º, § 3º da Lei 8.080, de 1990 entende-se por Saúde do Trabalhador contemplada pelo SUS como:

“Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (...).”

2.2.1. O Trabalho no Mundo Contemporâneo

O tema 'globalização' vem marcando, nos últimos, anos o debate mundial em diferentes campos do saber, dado que interfere em todos os aspectos da vida humana.

Apesar da globalização ser compreendida geralmente como um processo que afeta basicamente a economia, não se pode ignorar que aspectos culturais e sociais das sociedades contemporâneas são também objetos de sua influência. Assim, tanto na economia como nas ciências sociais, na política e no campo biomédico, dentre outros, os efeitos da globalização têm sido amplamente refletidos.

Um dos autores que tem se dedicado à compreensão do processo de globalização mundial (também chamado de mundialização e globalismo) é Ianni (1996) para quem tal fenômeno é o conjunto de transformações históricas mais recentes do contexto capitalista.

Nessa perspectiva, afirma que a globalização transforma as sociedades nacionais, afetando pessoas, grupos, classes sociais, regiões, países, nações e tende para uma sociedade global. Para o autor, a globalização significa:

“Aldeia global, cidade global, comunicação virtual, desterritorialização, redes de corporações, nova divisão internacional do trabalho, neofordismo, acumulação flexível, zona franca, mercado-mercadoria e moeda global, planejamento global, sociedade civil mundial, cidadania mundial, exército industrial ativo e de reserva global, pensamento universal”.

Abordando outro ponto de vista, Castells (1999), observa que a revolução tecnológica originou-se e difundiu-se em um período histórico de reestruturação global do capitalismo, para o qual foi uma ferramenta básica. Sendo assim, a nova sociedade emergente deste processo capitalista é também uma sociedade informacional, embora apresente variações em diferentes países, conforme sua história e cultura.

Com base material na revolução informacional, também chamada de 'terceira revolução tecnológica', Castells observa em que profundidade e com que impacto o processo de globalização repercute e altera todas as atividades humanas contemporaneamente, operando incertezas.

As atividades no âmbito das organizações não fugiriam do alcance deste processo, haja vista as transformações que vêm sofrendo para adquirir uma nova condição que lhes garanta não apenas a sobrevivência como também maior competitividade neste ambiente.

Seus processos internos de funcionamento vêm sendo alterados com o objetivo de conquistar maior interligação entre setores e departamentos, resultando, como um todo, em uma organização com maior transparência. Externamente, junto ao mercado e às outras organizações, pretende-se maior interatividade.

No entanto, as mudanças ocorridas no capitalismo mundial não representam o enfraquecimento do modo de produção capitalista. Transformam-se apenas as formas de organização de trabalho e produtividade; porém, na dimensão econômico-financeira das empresas, mantém-se a busca por maior produtividade com redução dos custos e pela qualidade dos produtos.

E nem sempre a maior qualidade do produto e da produtividade implicam a melhoria da qualidade de vida e da qualidade do trabalho.

Nessa dimensão, a tendência a economias e sociedades abertas como efeito da globalização traz, ao lado de novas oportunidades de negócios e benefícios, numerosos problemas novos para o trabalho. São paradoxos da contemporaneidade, que, no campo do trabalho alimentam uma infinidade de desafios ao trabalhador: necessidade de ser polivalente; instruído; com iniciativa, mas submetido à lógica da flexibilização nas relações de emprego, gerando instabilidade e insegurança.

É certo que as condições de trabalho não representam um fenômeno estático. Ao contrário, estão sempre se renovando sob a influência do desenvolvimento produtivo de determinada época.

Mas na atualidade, com as transformações sociais operadas pela globalização, elas tendem a radicalizar-se, fazendo com que o tema saúde/doença no ambiente de trabalho seja revisto, pois a este, somam-se riscos que também não estão perfeitamente diagnosticados, a externar a profunda susceptibilidade dos trabalhadores.

Analisando as formas de produção na atualidade, Franco & Druck (1997), apontam os riscos gerados pela atividade produtiva, comentando que eles expandem seu raio de ação, movimentam-se pelo espaço geográfico e ampliam a população a eles exposta:

“A incorporação de milhares de novas substâncias químicas, o aumento das plantas industriais, dos volumes produzidos e transportados e da aplicação de diversas formas de energia trouxeram, indubitavelmente, a ampliação da grandeza e do alcance dos impactos sócio ambientais das atividades humanas nas sociedades contemporâneas. Assim, os padrões de produção e consumo passaram a definir, cada vez mais profundamente, tanto o estado das águas, do ar, dos solos, da fauna e flora, quanto as próprias condições da existência humana: seus espaços de moradia e de trabalho, seus fluxos migratórios, as situações de saúde e de morte.”

Tal panorama mundial relacionar-se-ia também com os processos de trabalho no interior das empresas, resultando em novas condições específicas para o trabalhador e modificando a relação saúde/trabalho, que passa a ser profundamente marcada pela forma como se vive o processo de globalização e a reestruturação produtiva nele inserido.

Gomez-Minayo & Thedim-Costa (1997), referem-se às imposições do mercado internacional, que numa economia extremamente competitiva, busca a qualidade de produtos e processos produtivos que alia automação e avanços tecnológicos às novas mudanças no seio das organizações.

Esse evento demandaria do trabalhador um enorme repertório de habilidades e comportamentos cuja repercussão recai sobre a sua saúde, notadamente no aspecto psicossomático. Com efeito, a automação e a informatização substituíram a apropriação da energia física do trabalhador pela tensão mental, aumentando os casos de doenças de origem psíquica.

Não por acaso, a preocupação com a relação saúde/doença no trabalho está na pauta de governos e empresários dos países desenvolvidos, nos quais os processos industriais são significativamente mais intensos.

Dos governos, face ao gasto público que as doenças do trabalho acarretam, contribuindo para os déficits orçamentários; dos empresários, face à progressiva conscientização de que as iniciativas de preservação da saúde do empregado contribuem para suas próprias finanças e produtividade.

Em relação aos Estados Unidos, por exemplo, o Conselho de Saúde da América, *The Wellness Councils of America* (2004), uma organização sem fins lucrativos que promove programas de saúde no trabalho, revelou que as despesas com acidentes e doenças advindas do trabalho representam a maior fração da economia norte-americana.

Segundo este órgão, em 2002 essas despesas teriam chegado a 1 trilhão e 400 mil dólares, sendo que desse total as companhias arcaram com 444 bilhões de dólares. De acordo com projeções feitas pelo setor empresarial dos Estados Unidos, apenas os seus gastos podem alcançar a cifra de 2 bilhões de dólares em 2007.

No Brasil, segundo dados do Ministério do Trabalho (2006), tomando-se por base o PIB – Produto Interno Bruto nacional, 1 trilhão e 800 bilhões de reais, gasta-se por ano pelo menos 4% dele, algo em torno de 73 bilhões de reais no atendimento a demandas em custo geradas por lesões, acidentes, mortes e doenças variadas no trabalho.

Se no campo da saúde pública a globalização pode trazer conseqüências nefastas sobre o processo saúde-doença, com a propagação de inúmeras patologias, especificamente no ambiente de trabalho, a introdução de novas matérias-primas, produtos, tecnologias e formas de organizar o trabalho (ainda não suficientemente avaliados quanto aos seus efeitos nocivos à saúde, à segurança e ao ambiente) induz a conceber que tal processo não apenas tornaria ainda mais precária a saúde do trabalhador, aumentando a incidência de patologias, mas também contribuiria para o surgimento de novas patologias.

De acordo com Dias (2000), o agravamento da saúde populacional como um todo pode ser observado pelo envelhecimento precoce da população, pelo aumento do adoecimento e pela morte por doenças cardiovasculares, além de outras doenças crônico-degenerativas.

Porém, ao lado deles existem as doenças relacionadas especificamente ao trabalho, notadamente os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e as lesões por esforços repetitivos (LER), além de um conjunto de sintomas na esfera psíquica.

Nesse sentido, a autora comenta que o processo desencadeado pela globalização aumenta a responsabilidade sobre os cuidados com a saúde de expressivo contingente de trabalhadores e traz o desafio de compreender e lidar com a complexa situação em que as doenças profissionais entrelaçam-se às doenças comuns agravadas pelo trabalho.

Entretanto, o conceito de doença profissional e doença de trabalho no Brasil são ainda restritos, expondo cada vez mais os trabalhadores.

Tal situação parece pressupor a necessidade do engajamento da iniciativa privada na Saúde do Trabalhador, com ações mais diretas no ambiente das empresas, no sentido do estabelecimento de um trabalho multiprofissional integrado voltado para a saúde do trabalhador em seu interior, que abranja o maior número de especialidades. Com isso, estaria assegurado o comprometimento institucional na

gestão da saúde de seus trabalhadores e validada esta cultura dentro da organização.

2.3. Saúde Bucal

Do ponto de vista social, a saúde bucal enfrenta diversos fatores de risco para o seu pleno desenvolvimento: diferenças culturais; baixa escolaridade; baixa renda familiar e hábitos alimentares, derivados das condições socioeconômicas-culturais, podem interceder tanto a favor quanto contra, determinando a saúde ou a doença bucal.

Na contemporaneidade, dada a universalização do conceito de promoção da saúde, a exigir rigor e comprometimento da maioria dos países ocidentais, é impossível se pensar em saúde de forma geral dissociando-a da saúde bucal. Com efeito, no espectro conceitual de saúde está presente a saúde bucal.

Nesse sentido o conceito de saúde bucal elaborado por Narvai (2001):

“Um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções de modo que lhe pareçam adequadas e lhe permitam sentir-se bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral”.

Segundo o mesmo autor, no Brasil, a vinculação da saúde bucal com a saúde em geral teria sido muito bem assimilada no Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal, de 1986 que afirma:

“(...) A Saúde Bucal é parte integrante e inseparável da saúde do indivíduo, estando diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente,

transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação”.

Desde então, a saúde bucal foi incluída definitivamente em todos os níveis de promoção à saúde, estando diretamente ligada às condições para uma melhor qualidade de vida.

Não obstante, entre nós, e paradoxalmente ao número de profissionais existentes no Brasil, a saúde bucal foi desde sempre pautada pela prática privada de seus serviços, uma vez que seu alto custo os torna praticamente inacessíveis à grande maioria da população. Com efeito, doenças dentais são as enfermidades crônicas mais comuns e a boca é a parte do corpo mais cara para tratar. Ademais, vigorou no Brasil por muito tempo a Odontologia mutiladora, no lugar da curadora e da preventiva.

A saúde bucal no Brasil é precária. Segundo o IBGE (2006), apesar de o País ser um dos países do mundo com maior número de profissionais de Odontologia, em 1998 29 milhões e 600 mil brasileiros nunca haviam consultado um dentista, isto é, 18,7% da população do País, e 46 milhões não consultavam um dentista há três anos ou mais.

Em 2004, o Ministério da Saúde – MS, através de seu Departamento de Atenção Básica, divulgou os resultados da pesquisa “Saúde Bucal Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira” (2004), realizada entre os anos de 2002 e 2003. Considerado o projeto mais amplo já realizado no País na área odontológica, na pesquisa foram examinadas 108.921 pessoas em 250 municípios brasileiros selecionados.

Os principais resultados revelaram a prevalência de todos os problemas de saúde bucal entre a população brasileira, sendo, a perda dentária precoce a incidência de maior gravidade.

Desses problemas, a cárie dentária ainda é o de maior incidência em todas as faixas de idade, seguida de doenças periodontais.

Nas regiões Norte e Nordeste do Brasil verificou-se maior ocorrência de cáries não tratadas. Essas regiões são também o local onde se encontram o maior número de pessoas necessitando de restaurações dentárias, tratamentos pulpares e extrações. Das duas regiões, os estados do Maranhão e da Bahia são, respectivamente, os lugares onde há maior índice de doenças bucais.

Quanto ao acesso a serviços odontológicos, a pesquisa revela que 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista; entre a população adulta e idosa, 46% delas foram ao dentista apenas devido à presença de dor.

Não por acaso, o Brasil é frequentemente referido como um país detentor de altos índices de prevalência de doença bucal, fato que, ao lado dos resultados da pesquisa nacional, preocupa os profissionais da Odontologia.

A prevalência de problemas bucais básicos e urgentes dá a dimensão da Odontologia como utilidade pública, componente essencial para que sejam instauradas políticas e programas de melhoria neste campo.

Levando-se em conta as condições atuais da saúde bucal do brasileiro, comprovadamente fragilizada, é possível verificar que o que mais se discute em Odontologia no Brasil nesse momento é a necessidade de se consolidar projetos de promoção da saúde bucal como estratégia filosófica, profissional e política. Além disso, vê-la como um dos mecanismos capazes de oferecer condições mais dignas de saúde à população, diferentemente do enfoque curativo que infelizmente ainda predomina entre nós.

Os métodos educativos e preventivos são comprovadamente mais eficientes, além de serem medidas de baixo custo, que podem atingir a população como um todo.

2.3.1. Odontologia e Saúde do Trabalhador

O âmbito da Saúde do Trabalhador é essencialmente interdisciplinar e multiprofissional. Contudo, há uma evidente lacuna no projeto de Saúde do Trabalhador quando se trata da disciplina Odontologia e de seus profissionais em relação ao ambiente de trabalho, apesar das inúmeras justificativas que se relacionam à defesa da implantação de serviços odontológicos destinados ao segmento dos trabalhadores.

A maior dessas justificativas relativamente ao Brasil é a recente regulamentação da Odontologia do Trabalho como especialidade odontológica pelo Conselho Federal de Odontologia no ano de 2001. A Resolução n. 22, em seu artigo 30, define a Odontologia do Trabalho como a especialidade que tem como objetivo *“a busca permanente da compatibilidade entre a atividade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador”*

Mazzilli (2003), complementa a definição contida na Resolução, acrescentando que a Odontologia do Trabalho tem por elemento o estudo dos riscos à saúde do complexo buco-maxilo-facial, decorrentes da prática do trabalho, bem como as implicações das doenças e condições odontológicas nas questões laborais.

Por isso, segundo o autor, ao referir-se a este universo de estudos, a Odontologia do Trabalho estaria fora do domínio da Medicina do Trabalho, requerendo formação profissional especializada em Odontologia, conforme as atribuições profissionais pontuadas pela Resolução.

Não restam dúvidas de que a regulamentação da Odontologia do Trabalho como uma nova especialidade odontológica pelo Conselho Federal de Odontologia representou um avanço em relação à inclusão da Odontologia no âmbito da Saúde do Trabalhador no Brasil.

No entanto, no aspecto legislativo ainda se espera a regulamentação de tal atividade através da aprovação do Projeto de Lei n. 3.520 de 2004, que, caso aprovado, obrigará, através de lei, a presença do profissional de Odontologia nas equipes de Saúde do Trabalhador nas empresas, conforme a norma NR-4 do Ministério do Trabalho.

Só então, a perspectiva da Odontologia do Trabalho se abrirá de fato a um vasto campo, não apenas para os profissionais dentistas como também para a organização e implantação de serviços odontológicos no campo privado.

Na esfera privada, portanto, só a legalização desta nova vertente da atividade odontológica obrigará as empresas a contratar este tipo de profissional.

Enquanto a obrigatoriedade da presença do odontólogo do trabalho não se confirma, o que se percebe neste momento é que, se há algum tipo de preocupação com a saúde bucal do trabalhador pelo empresário, o que se tem visto nas empresas brasileiras é o oferecimento de planos de benefícios odontológicos das operadoras atuantes no mercado, pelos quais os empregados arcam com as despesas, em parte ou na sua totalidade.

E mesmo com o impulso de organismos profissionais na contribuição de maior conscientização da matéria, a questão permanece no campo de possibilidades de mudança filosófico-comportamental, muito embora já existam empresas brasileiras (poucas) que valorizem o serviço próprio de um cirurgião-dentista ocupacional, fortalecendo a consolidação desta atividade nas organizações.

Em análise sobre a existência de programas de atenção à saúde bucal para os trabalhadores das indústrias do setor privado dos municípios de Araçatuba e Birigui, em São Paulo, realizada em 2002, Pizzatto (2002), constatou que apenas 34% das empresas apresentavam estes programas voltados a seus empregados.

A pesquisa revelou ainda que a estrutura clínico-organizacional dos serviços odontológicos em 47 indústrias apresentava características predominantemente curativo-restauradoras, em detrimento de atividades preventivas de caráter coletivo.

Vê-se que tal cultura ainda é incipiente entre os empresários brasileiros.

Nos Estados Unidos, assim como no Brasil, a Odontologia é um ramo autônomo em relação à Medicina. E foi exatamente naquele país que se

estabeleceram as primeiras organizações odontológicas profissionais do Ocidente, impulsionando os processos de profissionalização da Odontologia. Talvez por isso mesmo, nos Estados Unidos a evolução da profissão revelou aspectos pioneiros em relação à Odontologia do Trabalho no campo privado.

De acordo com Pizzatto (2002), desde o início do século passado há relatos de que mais de 100 indústrias norte-americanas prestavam assistência odontológica gratuita a seus empregados – mantendo um serviço de atendimento odontológico próprio – em função das patologias orais relacionadas a agentes químicos utilizados naquele ambiente.

Os estudos nesse sentido enfatizaram a importância da chamada Odontologia Industrial, já defendendo naquela época a inserção da assistência odontológica nas indústrias, caracterizada como um serviço de baixo custo e de qualidade satisfatória, pois as doenças bucais diminuía(m) comprovadamente a capacidade produtiva dos empregados.

O eixo principal destas recomendações residiu no fato de que a prevenção e a eliminação de doenças ocupacionais tinham como objetivo primário o aumento da eficiência industrial, a diminuição do afastamento do trabalhador da linha de produção e a redução de práticas que pudessem provocar acidentes de trabalho.

Nesse contexto se incluiria a implantação de serviços odontológicos através de atividades de prevenção e tratamento, constituindo uma abordagem integral da saúde dos trabalhadores.

Com base na evolução histórica destes estudos, é possível conceber que o modelo atual de organização da saúde do trabalhador está fortemente centralizado nos serviços médicos das empresas, que, numa dimensão holística, obrigam-se à presença da Odontologia do Trabalho em seu interior.

Pizzatto (2002), citando Medeiros, observa que no Brasil já se conceituava a Odontologia do Trabalho na década de 60 como:

“Um setor da Odontologia que tem por finalidade a melhoria da saúde oral, seus efeitos e influência sobre a produtividade no trabalho e o diagnóstico precoce de manifestações orais de doenças ocupacionais”.

E destaca o modo pelo qual um programa odontológico empresarial deve ser conduzido, não devendo ser desenvolvido como num consultório particular; os profissionais dos serviços de odontologia em ambiente organizacional devem conhecer as tecnologias empregadas no setor produtivo.

Assim, não só ganha relevância a presença de um profissional de Odontologia nas equipes dos projetos de Saúde do Trabalhador nas empresas, como também define-se mais claramente o papel que desempenhará na produtividade global da organização e no desenvolvimento social das diferentes comunidades de trabalhadores.

Essa perspectiva da gestão administrativa da Saúde do Trabalhador abre necessariamente um campo de atuação para o profissional de Odontologia do Trabalho bastante promissor, sobretudo frente às inúmeras patologias bucais relacionadas às atividades laborais como se verá a seguir.

2.3.2. Patologias Bucais Relacionadas ao Trabalho

No Brasil, há uma reconhecida escassez de estudos na área da Odontologia do Trabalho quando se trata de evidenciar as patologias bucais relacionadas ao trabalho.

Nogueira (1972), afirma que, geralmente, as patologias bucais ocupacionais mais comuns são doenças causadas pela ação de agentes ambientais em potencial, elementos ou substâncias presentes em praticamente todos os locais de trabalho, que tomam a boca como via de acesso imediato.

O autor destaca quatro destes agentes:

- **Agentes mecânicos** – aqueles que atuam sob o contato físico direto, como vibrações, repetição freqüente de movimentos, posições viciosas de trabalho etc;
- **Agentes físicos** – aqueles que têm capacidade de modificar as características físicas do ambiente de trabalho, como a maior ou menor pressão atmosférica; a temperatura aumentada ou diminuída; maior ou menor umidade do ar; ação de fontes de energia radiante; ação de substâncias ionizantes; etc;
- **Agentes químicos** – substâncias, compostos ou produtos que alteram a composição química do ambiente, largamente utilizados pelas indústrias, e que hoje representam um grupo numeroso e de maior predominância na incidência de problemas bucais; e
- **Agentes biológicos** – bactérias, fungos, bacilos, parasitas e vírus, potencialmente nocivos ao ser humano.

De acordo com o autor, doenças ocupacionais das gengivas, dos dentes e das demais estruturas da cavidade oral seriam lesões diretas destes agentes com quem os trabalhadores têm contato permanente.

Nesse sentido, enumera as principais patologias em relação a seus agentes causadores:

Doenças bucais devidas a agentes mecânicos – desgaste dos dentes, em especial os incisivos e os caninos; dores locais acentuadas; parotidite; pneumatocele da parótida; lesões semi-lunares; lesões periodontais e perda precoce dos dentes.

Doenças bucais devidas a agentes físicos – lesões da mucosa da boca; hiperemia acentuada; necrose da mucosa dos lábios e das gengivas; lesões leucoplásticas da mucosa bucal; lesões neoplásicas; artrites temporo-mandibulares; hemorragias; gengivite; periodontite; queda dos dentes; necrose do rebordo alveolar; desgastes ósseos; fraturas; perfuração dos seios paranasais; síndrome de *post-radiação*; lesões ulcerativas hemorrágicas dos lábios e de toda a mucosa da boca.

Doenças bucais devidas a agentes químicos – intensa irritação das vias aéreas superiores; dessecamento e perda da capa protetora de saliva dos dentes; perda do marfim dentário; dentes menos espessos e mais afilados; exposição da dentina; lesão nos lábios; queimadura química da mucosa labial e das gengivas; mudança de coloração dos dentes e das gengivas; gengivo-estomatite; ardor e irritação da cavidade oral; gengivite hemorrágica; sialorréia; alterações degenerativas da língua; diminuição da sensação gustativa; gosto metálico na boca; gosto azedo na boca; aumento da salivagem pela estimulação do sistema nervoso parassimpático; redução da salivagem; glossite; aumento das glândulas salivares; necrose dos maxilares; periostite; tumores na boca.

Doenças bucais devidas a agentes biológicos – através do contato com agentes etiológicos de doenças infecto-contagiosas ou parasitárias, haverá manifestações orais oriundas de inúmeras doenças, como a febre aftosa e o carbúnculo.

Segundo o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde (2001), a abordagem de doenças do sistema digestivo, relacionadas ao trabalho, tem se restringido às doenças do fígado e vias biliares.

Apesar da importância dessas doenças, o mesmo documento destaca a necessidade em se considerar outros transtornos relacionados a estas doenças, afirmando que no grupo de doenças do sistema digestivo relacionadas ao trabalho há 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 de assistência e prevenção:

“Problemas dentários são, também, causa importante de absenteísmo no trabalho 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”.

Nesse sentido, o Manual estabelece uma lista de doenças do sistema digestivo relacionadas ao trabalho, que podem ser incluídas no âmbito da saúde bucal: as manifestações bucais de doenças sistêmicas; a úlcera aftosa; a erosão dentária, as alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes e a gengivite crônica.

Peres *et al* (2004), referem que as patologias bucais relacionam-se às condições gerais de saúde do indivíduo no ambiente de trabalho, mas alertam que qualquer problema de origem bucal pode provocar desconforto físico, emocional e diminuição da capacidade produtiva de um empregado na sua função.

Sobretudo em relação às doenças bucais, argumentam a defesa pela possibilidade de tratamento na eliminação de focos de infecção e das dores geralmente intensas de origem dentária.

Como se pode perceber, além das dores de origem dentária comum e das conseqüências que os problemas bucais operam sobre a estabilidade física e emocional do ser humano no ambiente de trabalho, são muitas as patologias das estruturas bucais de maior gravidade a que estão expostos os trabalhadores em condições específicas de contato, seja por qualquer um dos agentes ambientais ou todos.

Nesse sentido, é possível conceber que o modelo dominante que tem vigorado nas empresas brasileiras há que ser aprimorado para reforçar a saúde e a proteção bucal no trabalho, uma vez que não pode prescindir dos agentes ambientais para a sua sobrevivência e produção.

Para tanto, e como atribuição da empresa, a implantação de um serviço próprio de assistência específica neste setor, instalado em seu interior, torna-se mais e mais necessária à medida que se opera maior conscientização social dos problemas de saúde a que os trabalhadores estão sujeitos.

A incorporação de um profissional de Odontologia do Trabalho parece ser o único caminho e o mais eficaz para diminuir riscos bucais ocupacionais, evitar anomalias e estabelecer medidas de prevenção à ocorrência dos problemas bucais.

Tal iniciativa não significaria apenas uma tomada de posição na direção da responsabilidade social a que as empresas têm obrigação de atender, mas um caminho de solução para o aumento de sua produtividade e para a criação de um ambiente de trabalho mais humano e mais saudável, capaz de propiciar melhor qualidade de vida ao trabalhador e, por conseguinte, maior satisfação para o exercício do trabalho.

2.3.3. O Especialista em Odontologia do Trabalho. Perfil e Importância

De acordo com a Resolução n. 22 do Conselho Federal de Odontologia,²² (2002) a Odontologia do Trabalho é uma especialidade que corresponde a uma área específica de conhecimento, sendo necessário ser exercida por um profissional qualificado, na medida em que vai lidar com procedimentos odontológicos de maior complexidade, disso resultando a necessidade da realização de um curso de especialização como um dos pré-requisitos para o exercício de tal atividade.

Como o campo de atuação do profissional de Odontologia do Trabalho são as empresas e as indústrias, supõe-se que seus conhecimentos devam ir além dos conhecimentos técnico-científicos do dentista, estendendo-se e ampliando-se na direção de um campo específico de trabalho.

Este campo inclui o conhecimento do ambiente e do modo de produção industrial ou empresarial e a análise dos fatores que influenciam no processo de saúde/doença bucal dos empregados.

Assim, a atuação do odontólogo do trabalho compreende a identificação, avaliação e vigilância dos fatores ambientais que constituam risco à saúde bucal no local de trabalho, em todas as fases do processo produtivo.

Compreende, outrossim, um assessoramento técnico; planejamento e implantação de campanhas e programas para educação dos trabalhadores; organização de estatísticas de morbidade e mortalidade por causas bucais e a investigação das relações entre estas patologias e o trabalho, bem como a realização de exames odontológicos para fins trabalhistas.

Conforme a Resolução, as áreas de competência de tal especialidade incluem:

- A identificação, avaliação e vigilância dos fatores ambientais que possam constituir risco à saúde bucal no local de trabalho, em qualquer das fases do processo de produção;
- O assessoramento técnico e atenção em matéria de saúde, de segurança, de ergonomia e de higiene no trabalho, assim como em matéria de equipamentos de proteção individual, entendendo-se inserido na equipe interdisciplinar de saúde do trabalho operante;
- O planejamento e implantação de campanhas e programas de duração permanente para educação dos trabalhadores quanto a acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e educação em saúde;
- A organização estatística de morbidade e mortalidade com causa bucal e a investigação de suas possíveis relações com as atividades laborais; e
- A realização de exames odontológicos para fins trabalhistas.

Nogueira (1972), citando Forney, comenta que a atuação do profissional de Odontologia do Trabalho recai sobre duas vertentes principais: o reconhecimento e a prevenção dos riscos ambientais causadores de manifestações orais e doenças profissionais; e a correção de lesões orais e condições afins devidas à exposição a fatores profissionais.

Contudo, o autor especifica esta atuação, argumentando que o conhecimento necessário ao profissional da Odontologia do Trabalho não é um conhecimento que se adquire nos ambulatorios dentários gerais ou tampouco nas clínicas particulares, mas, unicamente através do contato diário com os trabalhadores, sendo necessário, entre outros:

- Procedimentos de melhoramento higiênico local;
- Procedimento de exames periódicos da cavidade bucal dos trabalhadores;
- Proceder à verificação de medidas de proteção bucal pela empresa, incluindo materiais de uso pessoal como máscaras e luvas; e
- Proteger-se a si mesmo da forçosa auto-exposição aos riscos profissionais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de se constituir em uma especialidade recentemente regulamentada no Brasil, ainda que não tornada obrigatória por lei, a Odontologia do Trabalho é um campo de atuação de grande importância.

Para os dentistas, porque expande seu raio de ação profissional para além da clínica, oferecendo a abordagem de seus conhecimentos técnicos em um novo ambiente, o que lhes propiciará a apreensão de novos conhecimentos e saberes, referentes ao contexto próprio e singular das organizações de trabalho – empresas e indústrias e seu modo de produção.

Para as corporações, porque representa ganhos de produtividade em todos os níveis, haja vista a experiência comprovadora nesse sentido dos países altamente industrializados.

Mas é no aspecto social que reside a maior relevância do serviço de Odontologia do Trabalho, na medida em que, ao lado de outras disciplinas que compõem as equipes de Saúde do Trabalhador, pode efetivamente zelar pela saúde dos trabalhadores em seu ambiente de produção, contribuindo para a preservação de sua saúde bucal, sobretudo quando se depara com o grande volume de patologias bucais ou associadas, causadas pela atividade laboral.

Esta função social da Odontologia do Trabalho vem alicerçada a todos os esforços internacionais de preservação dos direitos humanos, e neles, o direito à preservação da saúde, consubstanciados em Tratados e Conferências dos quais o Brasil é signatário.

Trazendo a questão para o âmbito exclusivamente nacional, trata-se não apenas de ratificar os princípios contidos na Constituição Federal, como, e talvez principalmente, fazer valer os direitos dos cidadãos brasileiros trabalhadores, quase sempre mantidos à margem no curso da história deste país.

A partir disso, renovam-se as esperanças de que a nobre iniciativa do Conselho Federal de Odontologia seja brevemente ratificada pela via do Executivo nacional, uma vez que o Ministério do Trabalho acenou positivamente para a necessidade da legalização da assistência odontológica no trabalho.

REFERÊNCIAS

- Antunes, R. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e centralidade no mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2002:37-62.
- Brasil, Conselho Federal de Odontologia. **Resolução CFO 22/2001**. Brasília: Diário Oficial da União, 25 jan. 2002:269-272.
- Brasil, **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 20 de setembro de 90. Brasília: Imprensa Nacional.
- Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da população Brasileira 2002 – 2003. Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil, Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, 2001:363-386.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2002.
- Castells, E. **A Sociedade em Rede. A Era da Informação: economia, sociedade e cultura**. São Paulo: Paz e Terra, 1999:31-40.
- Cordeiro, H. **A Indústria de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- Queluz DP. Labour Dentistry: a new specialty in Dentistry. *Brazilian Journal of Oral Sciences*. 2005; 4: 766-772.
- Dias, E.C.. **Saúde do Trabalhador: saúde, meio ambiente e condições de trabalho – conteúdos básicos para uma ação sindical**. São Paulo: CUT/Fundacentro, 1995:27.
- Dias, E.C. **A organização da atenção à saúde do trabalhador**. In Ferreira Filho, M. (Org.). **Saúde no trabalho**. São Paulo: Rocca, 2000:34-41.
- Dejours, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1988.
- Franco T. & DRUCK, G. **A degradação do trabalho e os riscos industriais no contexto da Globalização, Reestruturação Produtiva e das políticas Neoliberais**. In Franco, T. (org.). **Trabalho, riscos industriais e meio ambiente: rumo ao desenvolvimento sustentável?** Salvador: UFBA, 1997:15-32.
- Garrafa, V. (coord.). **Íntegra do Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal no Brasil**. Brasil, Ministério da Saúde, 1986.

- Gomez-Minayo, C & Thedim-Costa, SM. **A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas.** *In* Cadernos de Saúde Pública, vol. 13, supl 2. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1997:21-32.
- Ianni, O. **Era do Globalismo.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996:50.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Você vai ao Dentista?** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> Acessado em outubro de 2006.
- Laurell, A.C. & Noriega, M. **Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989:61-98.
- Martins, E. **Educação em Saúde Bucal: os desafios de uma prática.** Caderno de Odontologia, vol 1, n. 2. Belo Horizonte, janeiro/junho de 1998:30-40.
- Mazzilli, L.E.N. **Odontologia do Trabalho.** São Paulo: Santos, 2003/25-68.
- Mendes, R. Aspectos Históricos da Patologia do Trabalho. *In* **Patologia do Trabalho.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1994:32-38.
- Mendes, R, Dias EC. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** *In* Revista de Saúde Pública, vol. 25, n. 5. São Paulo, 1991:341-349.
- Narvai, P.C. **Saúde Bucal e Incapacidade Bucal.** Jornal do Site Odonto, ano III, n. 45. São Paulo: Edita Comunicação, outubro de 2001. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/index.html> Acessado em outubro de 2006.
- Nogueira, Diogo Pupo. **Odontologia e Saúde Ocupacional.** *In* Revista de Saúde Pública, vol 6, n. 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, junho de 1972:211.
- OIT, Organização Internacional do Trabalho. Escritório Brasil. **Acidentes de trabalho custam R\$ 73 bi ao País.** Clipping. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/news/clipping/ler_clipping.php?id=2539 Acessado em setembro de 2006.
- Oliveira, M.H.B & Vasconcellos, L.C.F. **As Políticas Públicas Brasileiras de Saúde do Trabalhador: tempos de avaliação.** *In* Revista Saúde em Debate, vol. 24, n. 55. Rio de Janeiro, 2000:92-103.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. **Occupational Health.** Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/en/ Acessado em setembro de 2006.

- Peres, A.S.; Olympio, K.P.K.; Cunha, L.S.C.; Bardal, P.A.P. **Odontologia do Trabalho e Sistema Único de Saúde: uma reflexão.** Revista da ABENO, Associação Brasileira de Ensino Odontológico, n. 4. Brasília, 2004:38-41.
- Pizzatto, E. **A Saúde Bucal no Contexto da Saúde do Trabalhador: análise dos modelos de atenção.** Dissertação. Faculdade de Odontologia de Araçatuba. São Paulo: Araçatuba, 2002:27-33.
- Salvador, Luiz. **Responsabilidade Social: empresários têm de atender à saúde do trabalhador.** Revista Eletrônica Consultor Jurídico. São Paulo, 10 de maio de 2004. Disponível em: <http://conjur.estadao.com.br/static/text/23760,1>
Acessado em setembro de 2006.
- Segre, Marco. **Ética em Saúde Ocupacional.** In Revista da Associação Médica Brasileira, vol 35, n. 2. São Paulo, 1989:75:78.
- Silva, R.B. e Souto, D.F.. **Modelo de Serviço Assistencial em Odontologia Ocupacional.** Parte 1. In Revista Odontol Mod, vol 10, n. 4. Rio de Janeiro, 1983:36:39.
- Oliveira, M.H.B & Vasconcellos, L.C.F. **As Políticas Públicas Brasileiras de Saúde do Trabalhador: tempos de avaliação.** In Revista Saúde em Debate, vol. 24, n. 55. Rio de Janeiro, 2000:92-103.