

©Copyright, 2006. Todos os direitos são reservados. Será permitida a reprodução integral ou parcial dos artigos, ocasião em que deverá ser observada a obrigatoriedade de indicação da propriedade dos seus direitos autorais pela INTERFACEHS, com a citação completa da fonte. Em caso de dúvidas, consulte a secretaria: interfacehs@interfacehs.com.br

IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR

IMPORTANCE OF INTEGRATION OF THE DENTIST IN PUBLIC POLICIES FOR HEALTH WORKERS

¹ Antonia de Mesquita Silva ¹, Sueli de Souza Costa ², Isabela de Avelar Brandão Macedo ³

¹ Cirurgiã dentista, especialista em Odontologia do Trabalho e em Saúde da Família, gestora em saúde

² Cirurgiã dentista, mestre em odontologia, especialista em Odontologia do Trabalho e em Estomatologia

³ Cirurgiã dentista, mestranda em Saúde e Ambiente, especialista em Odontologia do Trabalho

***Endereço para correspondência:**

Antonia de Mesquita Silva,
R. 25 Qd 31 N 11 – Cj Al dos Sonhos, São Luís-MA, cep 65055-255.
E-mail: antoniasaudema@gmail.com

RESUMO

O processo de construção das políticas públicas de Saúde do Trabalhador é histórico e provém das lutas constantes da população que necessita dos serviços e dos profissionais que oferecem estes serviços. Este processo aflorou somente na década de 70 com o movimento da reforma sanitária, retomado com a Constituição de 1988, e efetivado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir daí um conjunto de leis, normas, regulamentos foram publicadas. A atual política de Saúde do Trabalhador tem ações incipientes, não se constatando a presença do dentista na sua equipe de Saúde e Segurança do Trabalho (SST), e por isto não contempla o princípio da integralidade, visto que resolver problemas bucais compete ao dentista. A dor de dente ocupa o terceiro lugar entre as causas de falta ao trabalho, perdendo apenas para a dor de estômago e dor de cabeça. A política de

saúde em Odontologia do Trabalho (OT) é recente e inicia-se com o reconhecimento da especialidade pelo Conselho Federal de Odontologia em 2002 e a inclusão da OT no Código Brasileiro de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho. Este artigo destaca a importância da inserção do cirurgião dentista (CD) nas políticas públicas voltadas para a Saúde do Trabalhador, visto que a saúde bucal possui influência direta no desempenho profissional e a manutenção de um bom estado de saúde bucal favorece o bom desempenho das atividades laborais e sociais. Além disto, possibilita a atuação multiprofissional, em obediência ao princípio da integralidade proposto pelo SUS, e preenche a lacuna que existe na Política de Saúde do Trabalhador.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; saúde bucal; Odontologia do Trabalho; política de saúde

ABSTRACT

The process of construction of public policies on Occupational Health is historic and comes from the constant struggles of the population that needs services and professionals who offer these services. This process appeared only in the 70s with the health reform movement, taken with the Constitution of 1988, and executed with the creation of the Unified Health System (SUS). Thereafter a set of laws, rules and regulations were published. The current policy of Occupational Health has incipient actions, not noting the presence of the dentist in his team Health and Safety (SST), and therefore does not address the principle of integrality, since it is the dentist's competence to solve dental problems. Toothache is ranked third among the causes of absence from work, second only to stomach pain and headache. Health policy in Occupational Dentistry (OT) is new and begins with the recognition of the specialty by the Federal Council of Dentistry in 2002 and its inclusion in the Brazilian Code of Occupations (CBO) of the Ministry of Labour and maintaining good dental health promotes good performing work activities and social. Moreover, it allows a multiprofessional performance, in obedience to the principle of integration proposed by SUS, and fills the gap that exists in the Occupational Health Policy.

Key-words: Occupational Dentistry; Occupational Health, Oral Health, Dental Labor, Health Policy

1. INTRODUÇÃO

Até 1988, a saúde era um benefício previdenciário (restrito aos contribuintes) ou um bem de serviço comprado na forma de assistência médica ou, por fim, uma ação de misericórdia oferecida pelas igrejas (Garbin e Carcereri, 2006). Apesar disto, na década de 70 houve um processo histórico de lutas, deflagrado pelo Movimento de Reforma Sanitária, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Promulgada a Constituição Federal do Brasil em 1988, as reivindicações foram garantidas e incluídas no Título VII, Capítulo II, Seção II, artigos 196 a 200. Nela, o SUS é responsável pela execução da política pública de saúde e ainda das ações voltadas para a Saúde do Trabalhador, tendo sido regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90). A partir daí é que surgiram as primeiras ações a favor do trabalhador no SUS.

A Saúde do Trabalhador, segundo o manual de procedimentos “Doenças Relacionadas ao Trabalho”, do Ministério da Saúde (Brasil, 2001) constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde, a promoção e a proteção da Saúde do Trabalhador, compreendendo também os procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS.

Vasconcelos et al. (2004) revelam que o isolamento das estruturas de saúde de trabalhador, no âmbito do sistema de saúde, tem sido uma preocupação constante no nível federal. Dentro do seu papel institucional de traçar diretrizes para o sistema, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador, inserida no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde, promoveu em agosto de 2000 uma primeira reunião nacional com o propósito de configurar uma rede racional de Saúde do Trabalhador, repensando o isolamento a que, hoje, estão submetidos os serviços de Saúde do Trabalhador.

Para Vianna et al. (2009, apud Silva e Martins, 2009), “ o grande marco regulatório do trabalho no país ocorreu em 1943 com a aprovação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que dispõe sobre os direitos e deveres dos trabalhadores da iniciativa privada, incluindo disposições referentes à segurança e à medicina do trabalho”.

Outros instrumentos e regulamentos federais orientam o desenvolvimento das ações nesse campo, no âmbito do setor Saúde do Trabalhador, entre os quais se destacam as Portarias MS nº 3120 de 1/7/98 e MS nº 3908 de 30/10/98, que tratam, respectivamente, da definição de procedimentos básicos para a vigilância em Saúde do Trabalhador e da prestação de serviços nessa área (Garbin e Carcereri, 2006). Há ainda a publicação do Ministério da Saúde (MS) da Portaria nº 1339/99, que trata da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho; a criação em 2002 da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), instituída pela Portaria Ministerial nº 1679 /2002, além da Portaria nº 2.437/2005, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da RENAST no SUS.

Em outros países, observa-se a presença de dentistas nas empresas. No Brasil, o serviço de saúde bucal, quando é oferecido, tem assistência curativa e isolada do ambiente laboral.

A legislação que trata da estruturação da RENAST é a Portaria 1679/2002 informando

que a equipe profissional de nível superior de Saúde do Trabalhador que deve compor a rede é formada por médicos generalistas, médico do trabalho, médicos especialistas, sanitaristas, engenheiro, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, ecólogo, biólogo, terapeuta ocupacional e advogado. Porém, o Cirurgião Dentista não estava inserido na equipe, até 2005, quando a Portaria nº 2.437 mudou este quadro.

A Odontologia do Trabalho foi reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) em 2001, através da Resolução nº 22, de 27 de dezembro, sendo definida como “A busca permanente da atividade laboral e a preservação da Saúde do Trabalhador”. E através da Resolução nº 25/2002 define as áreas de competências para a atuação do dentista do trabalho. Recentemente, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) inclui a especialidade de Odontologia do Trabalho na mais recente versão da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), quando recebeu o código 2232-76, passando a ser identificada também pelo sinônimo Odontologia Ocupacional.

Atualmente, o SUS traz oportunidade para as ações de prevenção e promoção de saúde bucal nos serviços públicos de saúde, através do Programa de Saúde Bucal implantado em 2000, e do Programa Brasil Sorridente implantado em 2004.

O presente artigo objetiva demonstrar a importância da inserção do Cirurgião Dentista nas políticas públicas voltadas para a Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo a legislação a favor do trabalhador e suas diretrizes, buscando promover uma maior integração da saúde bucal na Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A preocupação com a saúde do trabalhador existe desde os primórdios da civilização, sendo citado em papiros e outros documentos (Sigerist, 1936). Quatro séculos antes de Cristo havia a descrição do quadro clínico de intoxicação saturnina, no documento “Ares, Águas e Lugares”, num trabalhador mineiro. Ainda um século aC, já havia a preocupação com a patologia do trabalho, devido à morte precoce dos cavouqueiros das minas. Na Idade Média, pouco há sobre relações do trabalho, exceto obras de três autores (Costa, 2005).

No Brasil, predominou a mão-de-obra escrava até o século XIX. Só existiu preocupação com a saúde do trabalhador quando houve graves prejuízos à economia, nas grandes epidemias de febre amarela de Pernambuco e da Bahia, em 1685-1690, quando a mão-de-obra dos engenhos de açúcar foi dizimada (Costa, 2005).

Somente em 1925, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) elaborou uma lista com três doenças do trabalho (saturnismo, hidrargismo e carbúnculo), baseada na Alemanha, que já tinha onze doenças listadas. Em 1980, havia 29 grupos de doenças. As listas servem como referência para legislações nacionais, sendo que sua instituição é recomendada pela Convenção 121, da OIT (Costa, 2005).

O artigo 2º da Convenção nº42 da OIT trata da indenização por intoxicação por materiais de trabalho como chumbo, mercúrio, sílica, fósforo, arsênico, benzeno, derivados nitrosos, hidrocarbonetos graxos, alcatrão, breu, minerais entre outros, ou exposição prolongada a raios X.

No Brasil, mudanças foram observadas após a Constituição de 1988, pois até então era do Ministério do Trabalho a atribuição de cuidar da saúde do trabalhador através dos SESMT. Com a promulgação da carta magna veio a criação do SUS, efetivado através da Lei 8080/90, tendo dentre suas atribuições executar a Política de Saúde do Trabalhador.

Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) publicou as Portarias nº 3120 e nº 3908, que tratam dos procedimentos básicos para a vigilância em saúde do trabalhador e da prestação de serviços nessa área, respectivamente. Outro avanço neste setor foi a publicação pelo Ministério da Saúde da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, conforme Portaria MS nº 1339 de 18/11/99.

Em 2002, criou-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), instituída pela Portaria Ministerial nº 1679 de 19 de setembro, onde o SUS viabiliza uma estratégia de disseminação das ações em Saúde do Trabalhador nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos ambulatórios, pronto-socorros e hospitais. Essa rede, até setembro de 2009, era composta de 173 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) com função de suporte técnico, capacitação, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância em saúde dos trabalhadores, e de uma rede sentinela de 500 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade que realizam o diagnóstico e notificação de doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

Há também uma política de ação integrada com os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. Trata-se da Política Nacional sobre Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST), cujas diretrizes incluem a ampliação das ações, visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde; e a estruturação de rede integrada de informações em Saúde do Trabalhador; entre outras ações (Medeiros, 2007).

Desenvolve também a Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC-ST), com espaços de articulação e intercâmbio (nacional e internacional) de experiências de formação em saúde dos trabalhadores.

No Brasil, a legislação que trata da área ocupacional e por consequência determina as competências, responsabilidades públicas e privadas nas áreas de saúde e segurança do trabalhador, pertence a três esferas: Ministérios do Trabalho e Emprego; da Saúde e da Previdência Social.

A Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho (SSMT) é o órgão do Ministério do Trabalho a quem compete as tarefas de coordenar, orientar, controlar e supervisionar as atividades relacionadas com a segurança e medicina do trabalho, e ainda fiscalizar o cumprimento dos preceitos legais e regulamentadores desta matéria, no âmbito nacional. Estes publicam Normas Regulamentadoras (NRs), que são de observância obrigatória das empresas públicas e privadas, pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, poderes legislativo e judiciário que empreguem servidores regidos pela CLT (Mazzilli, 2007).

Ao Ministério da Saúde competem as ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Este foi criado na Constituição de 1988, tendo sido regulamentado através da Lei 8080/90, e cujo artigo 6º §

3º, estabelece um conjunto de atividades de responsabilidade do SUS no âmbito da saúde dos trabalhadores. Em 1990, publica-se a lei 8142 tratando da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Ao Ministério da Previdência e Assistência Social competem as ações com a saúde ocupacional, prestando assistência ao trabalhador com o auxílio-doença, auxílio-acidente, reabilitação profissional e aposentadoria por invalidez.

Mazzilli (2007) relata que no Brasil os primeiros serviços especializados com poder de regulamentação e de fiscalização ocupacional tiveram origem em 1920 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1931, foi criado o departamento Nacional do Trabalho, subordinado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Com a aprovação da CLT em 1943, é que entra em vigor a terceira legislação de Saúde do Trabalho, instituída por meio do Decreto-lei nº 7036. Já na década de 60, devido ao aumento de doenças e acidentes de trabalho por consequência da industrialização, surgiram os primeiros cursos de especialização em Medicina do Trabalho.

Uma nova redação à CLT fora dada em 1977 prevendo a edição de Normas Regulamentadoras (NRs), sendo regulamentada através da Portaria nº 3.214/78 do Ministério do Trabalho e demais portarias da Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho (Mazzilli, 2007).

A Portaria nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998 estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no SUS.

Em 1999, o Decreto-lei nº 3048 é publicado com a minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho. No mesmo ano foi ainda publicado a Portaria MS nº 1339 de 18 de novembro. Posteriormente, a Portaria nº 1.125/GM, de 06 de julho de 2005 que dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS.

Apesar da recente regulamentação de especialidade de Odontologia do Trabalho no Brasil, já existiam diversos serviços odontológicos industriais em fins do século XIX e início do século XX, no mundo (Pettibone, 1923; Dunning et al., 1941; Walls e Bethehem, 1942; Dunning e Klein, 1944 apud Pizzatto e Garbin, 2006). Vinte anos antes do reconhecimento da Odontologia do Trabalho pelo Conselho Federal de Odontologia, já se defendia a necessidade da especialidade (Esteves, 1982). Também já diagnosticavam o desconhecimento das classes trabalhadoras sobre os problemas bucais, a falta de conhecimento e de interesse dos profissionais pelo estudo da estomatologia em trabalhadores e a necessidade de ação política eficaz (Garrafa, 1998).

Na década de 50, a Odontologia Sanitária foi introduzida no Brasil através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), centrado em áreas estratégicas do ponto de vista econômico, e priorizava escolares do sistema público na faixa etária dos 6-12 anos, com enfoque curativo-reparador.

O “Caderno da Atenção Básica nº 17” do Ministério da Saúde (Brasil, 2006) cita que, no final dos anos 70, instituiu-se a Odontologia Simplificada e Odontologia Integral, o que enfatizou a mudança nos espaços de trabalho, inserindo o enfoque coletivo e educacional e a abordagem e participação comunitária. Posteriormente criou-se o Programa de Inversão da Atenção (PIA) que

buscava adaptar-se ao SUS, caracterizando-se por intervir antes e controlar depois, com ações de caráter preventivo-promocional.

Durante muitos anos, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços. Na tentativa de reverter esse quadro, políticas públicas foram instituídas no sentido de promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral (Brasil, 2006).

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política de Saúde Bucal no SUS”, com ações de promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação da saúde bucal, individual e coletivo.

Em março de 2004, o MS lançou o Programa “Brasil Sorridente”, que amplia o acesso ao tratamento odontológico gratuito; incluindo ações especializadas através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

Mazzilli (2007) cita que o Conselho Federal de Odontologia, sensível à importância a saúde bucal no trabalho e reconhecendo e aprovando a participação cada vez maior do dentista nas questões relativas à saúde do trabalhador, a partir de 1999 demonstrou firme propósito de inserir a Odontologia do Trabalho no Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional (PCMSO) do Ministério do Trabalho.

Queluz (2009) menciona que as doenças bucais não se desvinculam das condições gerais de saúde do corpo e não podem ser deixadas de lado quando se discutem as incapacidades que atingem os trabalhadores.

3. MANIFESTAÇÕES BUCAIS DE DOENÇAS PROFISSIONAIS

Muitas doenças de ordem sistêmica são advindas de problemas bucais. Disfunções bucais podem ter conseqüências diretas sobre a produtividade dos trabalhadores. Muitas doenças originárias do local de trabalho manifestam-se na cavidade oral, como o câncer bucal, que pode ser detectado precocemente.

Nogueira (1972) elenca as manifestações bucais de doenças profissionais, que são estigmas característicos de certas atividades laborais, sendo que estas podem ser causadas por agentes físicos, mecânicos, químicos, biológicos, devido às necessidades de trabalho.

Mazzilli (2007) cita que as Doenças Relacionadas ao Trabalho incidentes no complexo buco-maxilo-facial envolvem alterações dos tecidos mineralizados; alterações dos tecidos periodontais; alterações dos tecidos moles intra e extra-bucais, e alterações da fisiologia e dinâmica da oclusão e das articulações.

Vianna et al. (2009, apud Silva e Martins, 2009) dizem que há relatos sobre a existência de associações potenciais entre exposições ocupacionais e alterações no sistema estomatognático, há muito tempo. E mencionam que muitos autores elaboraram detalhada revisão de literatura analisando as manifestações bucais de origem ocupacional.

Mello (2006) acrescenta que os metais pesados são muito utilizados nas indústrias e

estão na composição de vários produtos, como o chumbo, mercúrio, níquel, cromo, cádmio, arsênico, benzeno, fósforo, bismuto, entre outros. O arsênico, na boca, acomete os ossos de sustentação em que se observa necrose, porém ao longo da margem da gengiva pode ser vista a linha de Burton, uma linha azulada. Pode provocar ainda, sangramento, estomatite e descalcificação do esmalte e dentina.

A Portaria 1339/99 cita ainda a estomatite ulcerativa crônica como manifestação oral do arsênico.

Os efeitos do chumbo na boca provocam sensação adstringente, com sede e gosto metálico, hálito fétido, gengivoestomatite, sialorréia, aumento do volume das glândulas salivares e parotidite. A exposição de longo prazo ao benzeno provoca hemorragia gengival, estomatite, hálito e gosto benzóico e osteomielite dos maxilares; a exposição a baixas doses de mercúrio metálico durante longos períodos de tempo pode levar a exposição crônica que começa de forma insidiosa e causa na boca sialorréia, gosto metálico, linhas de Burton, inflamação das gengivas, perda dentária e estomatite. Dentre as manifestações orais causadas pelo bismuto existe a linha bismútica, uma linha fina negra azulada na gengiva marginal, mas que pode aparecer também na bochecha, lábios, face ventral da língua ou em qualquer área de inflamação localizada. O níquel provoca manchas verdes nos dentes, pigmentação da gengiva e estomatites; o fósforo provoca estomatite, gengivite, ulceração dos tecidos orais e osteomielite; a intoxicação pelo cromo provoca ulceração dos tecidos bucais e manchas amarelas nos dentes (Costa, 2005).

A Portaria 1339/99 lista as doenças relacionadas ao trabalho e informa que o cádmio pode provocar, sob a forma de névoa e seus compostos, alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes.

Existem ainda doenças profissionais com manifestações bucais que podem ser diagnosticadas a partir de lesões bucais, como lesões pigmentadas, com causas endógenas ou exógenas. Nas causas exógenas, há os neoplasmas malignos (melanoma e sarcoma de Kaposi); a leucoplasia, que é uma lesão branca na cavidade oral que apresenta potencial de malignização e que pode estar relacionada a trabalhadores da indústria farmacêutica, provadores e aqueles que trabalham com tabaco; o pênfigo vulgar, que se trata de lesões orais em forma de vesículas e bolhas, dolorosas, encontradas com frequência no palato, mucosa labial, mucosa jugal, gengivas e língua; além do carcinoma de células escamosas oral (CCEO) que representa mais de 90% de todos os tumores malignos que afetam a cavidade oral (Ventura, 2007).

Fernandes (2009 apud Silva e Martins, 2009), informa que a Portaria 1339/99, em cumprimento à Lei 8080/90, artigo 6º, § 3º, inciso VII, disposta segundo a taxonomia, nomenclatura e codificação do Código Internacional de Doenças (CID)-10 reconhece como doenças ocupacionais relacionadas com a Odontologia do Trabalho apenas a erosão dentária, as alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes, a gengivite crônica e a estomatite ulcerativa crônica, Grupo XI da CID-10.

4. IMPORTÂNCIA DO CD NO PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

O Dentista do Trabalho atua realizando campanhas e programas de incentivo à higiene bucal e promoção do auto-cuidado; realizando exames odontológicos periódicos; na implantação medidas de proteção individual e coletiva; na análise do ambiente de trabalho e adaptação do trabalhador ao mesmo, e ainda no planejamento conjunto com a equipe de saúde do trabalhador, empresa e trabalhadores para realização de campanhas e programas de educação continuada quanto a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, sendo que estas devem estar integradas ao processo produtivo e à realidade dos trabalhadores.

Mello (2006) informa que a função do dentista do trabalho é promover, preservar e restabelecer a saúde oral do trabalhador.

O artigo 3º da Resolução nº 25/2002 do Conselho Federal de Odontologia diz que “as áreas de competência para atuação do especialista em Odontologia do Trabalho 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; b) 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; c) 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; d) organizar estatística de morbidade e mortalidade com causa bucal e investigar suas possíveis relações com as atividades laborais; e) realização de exames odontológicos para fins trabalhistas”.

As Normas Regulamentadoras (NR) são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário. Têm sua existência através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e relacionam-se à segurança e medicina do trabalho (Souza, 2006).

Filho et al. (2009, apud Silva & Martins, 2009) revelam que entre as NRs existem algumas em que os conhecimentos do dentista do trabalho poderiam somar, para maior efetividade dos serviços de Segurança e Saúde do Trabalhador(SST). A NR-4, por exemplo, que trata do SESMT, demonstra a necessidade da presença do profissional de odontologia, pois estabelece que os profissionais integrantes dos serviços, como médico do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnico em segurança do trabalho e técnico de enfermagem do trabalho integram a equipe. E estes profissionais não podem intervir na área de competência do dentista, como prevenir, diagnosticar ou tratar afecções próprias da boca. A NR-6 faz considerações sobre o uso do equipamento de proteção individual (EPI), sendo que alguns podem ser indicados pelo dentista do trabalho, como protetores labiais, e outros devem ser especificamente indicados pelo dentista como máscaras especiais para respiradores bucais e protetores bucais.

A NR-9 descreve e regulamenta o objetivo e o campo de aplicação dos conhecimentos específicos do PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais). Nesta, existem determinadas

aplicações de conhecimento específico do dentista do trabalho, como exposição a agentes físicos, como ruídos e vibrações que podem causar o estresse (um dos fatores do bruxismo); agentes químicos, como fumo e névoas ácidas, que podem causar erosão dentária, e ainda a agentes biológicos, como vírus e bactérias que podem contaminar o organismo do trabalhador.

A NR-21 requer observação por parte do Odontologia do Trabalho quando da exposição do trabalhador ao frio e calor excessivos, sobretudo a radiação ultravioleta que pode levar ao aparecimento de lesões benignas e/ou malignas no lábio inferior, no nariz e no terço médio da face.

A NR-32 estabelece as diretrizes para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em serviços de saúde e afins, e também abre espaço para a atuação do dentista do trabalho.

A NR-7 objetiva promover e preservar a saúde dos trabalhadores de uma empresa. E deve elaborar e implementar um PCMSO, independente do número de trabalhadores e do grau de risco da empresa. Cabe ao médico do trabalho coordenar este trabalho, mas existem ações que são específicas do dentista do trabalho, como ASOO (Atestados em Saúde Ocupacional Odontológico), exames admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional (Mello, 2006).

Apesar da existência de tantas NRs, a prática da odontologia tem sido fundamentada no aspecto cirúrgico/restaurador, embora se saiba que desta forma não é possível controlar as doenças bucais (Mello, 2006).

Costa (2007) enfatiza que é de fundamental importância para a promoção da saúde bucal o envolvimento de três elementos básicos: (1) a prática da boa nutrição e dieta alimentar; (2) cuidados bucais rotineiros (uso de fio e escova dentais, bem como o uso de creme dental fluoretado) e, (3) visitas regulares ao cirurgião-dentista para um apropriado procedimento preventivo, diagnóstico e tratamento precoce da doença. Os dois primeiros elementos requerem motivação e conhecimentos básicos em saúde bucal, que podem ser adquiridos em competentes programas de promoção da saúde.

As ações promotoras de saúde são a porta de entrada do sistema para todas as necessidades e problemas. Starfield (2002) diz que a atenção primária também compartilha características com outros níveis do sistema de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e trabalho de equipe.

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) adita que, para a saúde bucal, essa nova forma de atuação representa ao mesmo tempo um avanço significativo e um grande desafio, vislumbrando uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo.

Mazzilli (2007) explica que absenteísmo laboral é o termo utilizado para, genericamente, indicar o não comparecimento inesperado ao trabalho, em especial aquele de caráter repetitivo. É caracterizado pela ausência física do trabalhador por doença comprovada, doenças não

comprovadas, razões diversas de caráter familiar e faltas voluntárias por problemas pessoais. As principais causas do absenteísmo relacionadas com a Odontologia do Trabalho são devidas a doenças no complexo buco-maxilo-facial do trabalhador ou de seus dependentes, que provocam perda temporária da possibilidade ou da capacidade de trabalho ou ainda presença insatisfatória ou precária no trabalho.

Pimentel (1976 apud NARDI, 2005) cita que a dor de dente ocupa o terceiro lugar entre as causas de falta ao trabalho, perdendo apenas para a dor de estômago e dor de cabeça.

Baroni (1996 apud NARDI, 2005) afirma que noites mal dormidas em decorrência da dor deixam as pessoas desatentas, irritadas, fatigadas e impossibilitadas de exercerem suas atividades habituais. Os problemas bucais constituem uma incapacidade de atividade produtiva, com efeitos sobre a capacidade de trabalho e qualidade de vida. Piazza (2008) informa ser necessária parceria entre empresas e colaboradores na promoção de saúde bucal.

Mazzilli (2007) acrescenta que, no Brasil, pesquisadores aplicaram-se ao estudo das faltas no trabalho por motivos odontológicos, como numa indústria metalúrgica de Canoas – RS; em trabalhadores de empresas de Campina Grande –PB; em trabalhadores de uma empresa pública e outra privada, em Araraquara –SP. Tomita et al.(1999) realizaram levantamento das condições de saúde bucal em indústria alimentícia. Em comum, concluíram que motivos odontológicos foram o fator relevante para o absenteísmo.

Muitos autores recomendam a inserção do dentista do trabalho no ambiente do trabalhador, a fim de diagnosticar possíveis causas de doenças relacionadas com a cavidade oral e conseqüente redução de absenteísmos, proporcionando resultados satisfatórios para as empresas.

Peres et al. (2004) informam que a inclusão dos Cirurgiões Dentistas nos ambulatórios de saúde do trabalhador favoreceria o próprio Brasil com a diminuição da demanda e da procura pelos serviços odontológicos das Unidades Básicas de Saúde, o que permitiria que outras categorias da população sejam melhor atendidas.

A inclusão do Cirurgião Dentista do Trabalho no CEREST estadual e regional irá integrar a equipe multidisciplinar e colaborar para a resolução e encaminhamentos dos problemas relacionados aos agravos produzidos pelos campos eletromagnéticos, radiações ionizantes, câncer ocupacional, transtornos de auto-imunidades; mutagenicidade e teratogenicidade; asbestose (provocada pela exposição ao amianto); alterações neurofisiológicas relacionados ao trabalho; transtornos mentais produzidos pela organização do trabalho; agravos produzidos pela exposição ao calor excessivo; problemas relacionados com o trabalho em turnos; agravos provocados pela exposição a agentes biológicos: vírus, bactérias, fungos entre outros; intoxicação crônica por metais pesados; agravos produzidos por agrotóxicos; LER/DORT, dentre outros agravos (Souza, 2006). Poderá ainda realizar a capacitação das equipes do Programa de Saúde da Família, Equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas e Pólos de Educação Permanente em saúde do SUS, em conjunto com os demais profissionais INTEGRANTES da equipe multidisciplinar com atuação em saúde do trabalhador.

Pizzatto e Garbin (2006) revelam que inúmeras justificativas ainda podem ser relacionadas em defesa da implantação de serviços odontológicos destinados ao segmento dos trabalhadores.

5. DISCUSSÃO

Historicamente, observa-se a presença da odontologia nas empresas, com modelo de atuação voltada para as ações curativas e isolada dentro do ambiente laboral. No entanto, para reverter esse quadro, luta-se por inserir o Cirurgião Dentista e as ações de promoção de saúde bucal do trabalhador no contexto da Política de Saúde do Trabalhador.

É certo que os serviços de saúde são importantes para a saúde bucal da coletividade. No entanto, a predominância do enfoque assistencial deve ser questionada.

Assim, são necessárias mudanças nas formas tradicionais de avaliação do trabalho desenvolvido pelo cirurgião dentista, que utiliza habitualmente indicadores relacionados a aspectos curativos, redirecionando esforços para a avaliação de atividades preventivas e promocionais (Aertes, 2004).

É fato que as condições bucais do trabalhador influenciam na assepsia do ambiente, levam ao afastamento do seu local de trabalho e afetam as relações sociais entre pessoas (Mazzilli, 2007).

As doenças bucais não podem ser dissociadas das condições gerais de saúde do corpo, e não podem ser deixadas de lado no momento que se discutem as incapacidades que atingem os trabalhadores (Peres et al, 2004).

O dentista do trabalho deve saber que a sua função é a de promover, preservar ou restabelecer a saúde do seu paciente, conforme Mello (2006). E, para que isso ocorra, é necessário um conhecimento profundo das condições de saúde geral e bucal bem como conhecimento de sua atividade laboral e ambiente de trabalho.

Diversos motivos justificam a implantação da Odontologia do Trabalho nas empresas, corroborando com o que foi descrito por Pizzatto e Garbin (2006). Estes motivos são, entre outros, prevalência muito alta de problemas relacionados à cárie dental e ao periodonto; possibilidade de detecção precoce de lesões relacionadas ao câncer bucal, das manifestações orais da AIDS e de outras doenças de relevância vital; e ainda o fato de cerca de 60% do tempo de vida ativa ser despendido no emprego ou local de trabalho; de haverem grandes chances de desenvolvimento de um programa participativo; e do aumento da satisfação da força de trabalho.

Mello (2006) revela que o dentista do trabalho pode ser inserido no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) pela Norma Regulamentadora nº 7, atestando a saúde oral do trabalhador, realizando levantamento epidemiológico com criação de um banco de dados para embasamento das pesquisas na área. Acrescenta ainda que o dentista do trabalho, na equipe do SESMT, pode desempenhar diversas funções, como realizar censo odontológico e vigilância epidemiológica; conhecer o local de trabalho, o processo de fabricação e as funções dos

empregados; participar dos levantamentos de campo para análise profissiográfica; participar dos programas de ergonomia das empresas; realizar exames odontológicos e manter o prontuário; supervisionar as facilidades de treinamento de primeiros socorros e normas de segurança; coordenar o programa de saúde bucal da empresa (odontologia preventiva, educação em saúde bucal, promoção de saúde) e as atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento dos acidentes do trabalho e das doenças profissionais; empreender atividades de odontologia restauradora, curativa ou assistencial; participar da CIPA (Comissão Interna de Acidentes do Trabalho); aconselhar a gerência da empresa em todo assunto relacionado à saúde do trabalhador; proceder à avaliação e/ou auditoria no campo da odontologia e participar de perícia em odontologia em saúde do trabalhador, na qualidade de perito do juízo ou assistente técnico.

Mazzilli (2007) e Silva e Martins (2009) destacaram que o dentista do trabalho pode também realizar perícias odontológicas na Previdência Social; consultorias; prestação de serviços em odontologia ocupacional; coordenação de programas de saúde do trabalhador; serviços terceirizados realizando exames com fins trabalhistas (pré-admissional, periódico, demissional, mudança de função e retorno de trabalho), campanhas e programas de incentivos a higiene bucal; poderia auxiliar no planejamento do PPRA, realizar treinamento da CIPA, e capacitação sobre a correta utilização das EPI (NR6).

Hoje, vê-se que apesar das ações de saúde que o SUS oferece aos trabalhadores com o suporte do CEREST, ainda não há uma articulação destes serviços com as demais instâncias do sistema. Entretanto, estes serviços devem garantir uma rede eficiente de referência e contra-referência articulados com as ações básicas de vigilância sanitária, epidemiológica, programas de saúde da mulher, da criança, adulto, idoso, saúde bucal, dentre outros.

6. CONCLUSÃO

A conquista de políticas de saúde e segurança voltadas ao trabalhador, desde os tempos remotos, foi resultado de constantes lutas da classe trabalhadora do Brasil e foi fortalecida na década de 70 com o movimento de reforma sanitária, que clamou por saúde como direito de todos e dever do Estado. Tais direitos foram garantidos com a aprovação da Constituição Federativa do Brasil em 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado através da Lei 8080/90. Mesmo assim, o Cirurgião Dentista do Trabalho não está inserido nas políticas de saúde do trabalhador, necessitando novos esforços da classe laboral para sua inserção.

Embora a Constituição de 1988 assegure o direito à saúde, apenas na década de 90 a atenção à Saúde do Trabalhador no SUS foi incorporada formalmente no organograma e nas práticas do Ministério da Saúde, com desdobramentos em estados e municípios. No entanto, ainda hoje, o SUS não incorporou de forma concreta em suas ações, o papel que o trabalho ocupa na vida das pessoas que estão diretamente envolvidas nos processos produtivos e da população em geral.

Apesar de tantas legislações a favor do trabalhador, ainda existe uma lacuna quanto à inserção do dentista do trabalho nas políticas de saúde do governo brasileiro. Mas tal inserção é

importante porque o dentista, juntamente com outros profissionais, poderá contribuir para a manutenção da saúde do trabalhador, proporcionando a este atenção à saúde bucal, diagnóstico e tratamento das condições bucais e melhoria na qualidade de vida, além de contribuir com a diminuição do absenteísmo laboral, aumento da produtividade e até diminuição de acidentes de trabalho.

A Odontologia do Trabalho preocupa-se em discutir a inserção e atuação da odontologia na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), bem como incentivar o debate com vistas ao estabelecimento de princípios e diretrizes que possam implementar políticas públicas de promoção de melhores condições de trabalho no que se referem às temáticas de saúde, segurança e meio ambiente; preenchendo, assim, uma lacuna no tocante à saúde bucal do trabalhador.

Inserir o Cirurgião Dentista na equipe de Saúde e Segurança do Trabalhador (SST) visando o controle dos riscos ocupacionais para a saúde bucal, à prevenção dos problemas de origem ocupacional ou não e à promoção da saúde bucal e geral dos trabalhadores, contribuirá para redução do impacto que as doenças bucais causam à vida da população brasileira e à classe trabalhadora.

A saúde do trabalhador constitui um dos itens mais importantes de um programa de responsabilidade social, devendo ser visto de forma holística; logo, a Odontologia do Trabalho contribui junto às demais profissões.

Motivos não faltam para inserir o Cirurgião Dentista do Trabalho nas equipes multiprofissionais que atuam em SST: os altos índices de cárie e doença periodontal em adultos comprovam a ausência de políticas de saúde bucal direcionada a essa clientela; inúmeros agentes químicos, físicos e biológicos provocam alterações com manifestações bucais na saúde do trabalhador; a falta de acesso às medidas preventivas e assistenciais aumentam a complexidade do problema.

Ademais, o SUS estabelece dentre seus princípios norteadores a universalidade, a equidade, a integralidade, mas não se pode falar em integralidade na assistência ao trabalhador sem o Cirurgião Dentista compondo a equipe, uma vez que resolver problemas bucais que afetam o trabalhador é de competência do dentista do trabalho. E a equipe multiprofissional com o Cirurgião Dentista, poderá proporcionar verdadeiramente uma atenção integral ao trabalhador, aumentando o bem estar e qualidade de vida destes; reduzindo os absenteísmos laborais, os riscos de acidentes de trabalho, e conseqüente aumento da produtividade, sem contar com a ampliação do campo de trabalho ao Cirurgião Dentista.

A inserção do o Cirurgião Dentista nas equipes profissionais dos CEREST, na RENAST e nos serviços especializados em SST contribui para a integralidade da atenção à saúde do trabalhador. Entretanto, a inserção ainda é uma questão política, visto que as empresas não têm grandes interesses em implantar programas relacionados com a Odontologia do Trabalho.

REFERÊNCIAS

- AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do Cirurgião Dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004; 9(1):131-8.
- BARONI, G. A. influência da dor de dente. *Revista CIPA*. 1996; 17(202): 40-51. Apud NARDI, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno da Atenção Básica, N. 17. Saúde Bucal. Brasília, 2006.
- _____. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil, de 15 de outubro de 1988. São Paulo: Atlas, 1992.
- _____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 1990 set 20, seção 1:18055-9.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1339/GM, de 18 de novembro de 1999. Dispõe sobre as doenças relacionadas ao trabalho. *Diário oficial da República federativa do Brasil, Brasília (DF)*; DOU 1999 nov 19, seção 1:228-230.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1125/GM, de 06 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador no SUS. *Diário oficial da República federativa do Brasil, Brasília(DF) DOU 2005 jul 07, seção 1: 49*.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF)*; DOU 2004, abr 29, seção 1: 37-38.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3908/GM, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF)*; DOU 1998, Nov 10, seção 1: 223-225.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/docs/pdf/pnsst_CNPS.pdf, acesso em 20 de set. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. “Trabalhar sim!, adoecer não!” Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Resultados Principais. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília, 2001.
- CONSELHO Federal de Odontologia. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/index.htm>, acesso em 27 de set. 2009.
- COSTA, R.R.; JOAQUIM, N.S.; COSTA, R.M.; OLIVEIRA, J. M.; FERREIRA, F., São Paulo. Situação da saúde bucal relacionado ao absenteísmo no trabalho. 2007;1a21. Disponível em: http://www.ciespoeste.org.br/downloads/saude_bucal.pdf . acesso em 05 de jun.2008.
- COSTA, S.S. Odontologia do Trabalho, nova área de atuação. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*: 59(6): 432-436, Nov-dez 2005.
- DUNNING, J.M.; WALLS, R.M.; LEWIS, S.R. Prevalence and characteristics of dental service in industry. *J. Am. Dent., Assoc.*, 1941; 28: 492-501.
- DUNNING, J.M.; KLEIN, H. Saving teeth among home office employes of the Metropolitan Life Insurance Company. *J. Am. Dent. Assoc.*, 1944; 31(12): 1636-1642.
- ESTEVES, R.C. Manifestações Bucais das doenças Profissionais. *RBSO* 1982; 40(10):56-8.
- GARBIN, D.; CARCERERI, D. L. A Odontologia nas Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador. *Arquivos em Odontologia*, 2006; 42 (2):81-160.
- GARRAFA, V. Odontologia do Trabalho. *RGO* 1998; 34:508-12.

- MAZZILLI, L. E. N. Odontologia do Trabalho. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2007.
- MEDEIROS, U.V. Guia de estudo: política de saúde do trabalhador. Campinas: Mundi Brasil, 2007.
- MELLO, P. B. Odontologia do Trabalho: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2006.
- MENDONÇA, M.H. O SUS e a política de recursos humanos em saúde. Divulgação em saúde para debate. 2007; 40: 14 -17.
- NARDI, A. Dor orofacial, absenteísmo e qualidade de vida em trabalhadores do sul do Brasil. [dissertação]. Joaçaba, SC: Universidade do Oeste de Santa Catarina, 2005.
- NOGUEIRA, P.D. Odontologia e Saúde Ocupacional. Rev. Saúde Pública, 1972; 6(2): 211-23.
- ORGANIZACIÓN Internacional del Trabajo. Convenio sobre las enfermedades profesionales 1925; C18. Disponível em: <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/convdisp2.htm>, acesso em 29 de set. 2009.
- ORGANIZACIÓN Internacional del Trabajo. Convenio sobre las enfermedades profesionales (revisado) 1934; C42. Disponível em: <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/convdisp2.htm>, acesso em 29 de set. 2009.
- ORGANIZACIÓN Internacional del Trabajo. Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales 1964; C121. Disponível em: <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/convdisp2.htm>, acesso em 29 de set. 2009.
- PERES, A.S.; OLYMPIO, K.K.; CUNHA, L.S.C.; BARDAL, P.A.P. Odontologia do Trabalho e Sistema Único de Saúde: uma reflexão. Rev ABENO, 2004; 4 (1): 38-41
- PETTIBONE, E.L. Industrial dentistry. J. Am. Dent. Assoc., 1923; 10: 1030-1031.
- PIAZZA, A. S. Parceria entre empresas e colaboradores na promoção de saúde bucal. Campinas. 2008 Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=odontologia%20and%20do%20and%20trabalho&label=odontologia%20and%20do%20and%20trabalho> , acesso em 04 de jun. 2008.
- PIMENTEL, O.J.A. Odontologia do Trabalho. Odontol. Mod., 1976; 3(2): 98-99. Apud NARDI, 2005.
- PIZZATTO, E.; GARBIN, C. A. S. Odontologia do Trabalho: implantação da atenção em saúde bucal do trabalhador. Pernambuco: Odont. Clinico-científica, 2006; 5(2): 99-102.
- SIGERIST, H.E. Historical Background of industrial and occupational diseases. Bull N Y Acad Med, 1936; 12(11):597-609.
- SILVA, E.; MARTINS, I. Odontologia do Trabalho: construindo o conhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.
- SOUZA, I. M. A Odontologia do Trabalho: entendendo a especialidade e analisando sua inserção no campo das políticas de saúde bucal e do trabalhador [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
- SOUZA, I. M.; SILVA, E. N.C. Odontologia do Trabalho: Construção e Conhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.
- STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- TOMITA, N. E.; CORDEIRO, R.; MENDONÇA, J.; SENGER, V.; LOPES, E. S. Saúde bucal dos trabalhadores de uma indústria alimentícia do centro-oeste paulista. Rev Fac Odontol Bauru, 1999;7(1/2): 67-71.
- VASCONCELOS, L. C. F.; SILVA, J.F.S. Uma década de Saúde do Trabalhador no setor saúde: tempo de construção, avanços e desafios. Saúde em Debate, 2004; 28(68):191-205.
- VENTURA, M. J. Doenças Bucais que Afetam o Trabalhador. 2007. Disponível em: http://grupo-odontologia-do-trabalho.googlegroups.com/web/DOEN%C3%87AS+BUCAIS+QUE+AFETAM+O+TRABALHADOR.pdf?gda=82FZPWUAAACQMLfFITSeavrwnHP1ZdlcVF1gC4dnZyl_ZcP1EeAugmgLcXFRoNr4Uy0YK6jLAqIPy94gDv98JU2iUE5ZULPr3zye97U4k7nF07zTzO9KFXi7dprilAjJhAipsb2do9F7_hY3QPkiQTb8ebbeSkT, acesso em 04 de jun.2008.

WALLS, R.M.; BETHLEHEM, P.A. Dental program for industry. J. Am. Dent. Assoc.,1942; 29(7): 1083-1089.