



Projeto de Implementação de Serviço Móvel Odontológico para os trabalhadores da construção Civil do município do Rio de Janeiro.

Project to implement a mobile dental service for construction workers in the city of Rio de Janeiro

SOUZA, Leonardo Vieira dos Santos¹; SILVA, Hilda Monetto Flores²
leonardo@seconci-rio.com.br; hildamonettoflores@gmail.com;

¹ Odontologia, Pós-Graduação em Cirurgia Oral. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

² Língua Portuguesa, D.Sc. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Informações do Artigo

Palavras-chave:
 Saúde bucal;
 Construção civil;
 Atendimento móvel;
 Gerenciamento de projetos;
 Responsabilidade social.

Keyword:
 Oral health;
 Civil construction; Mobile
 service;
 Project management;
 Social responsibility.

Resumo:

Este artigo apresenta um projeto inovador de atendimento odontológico móvel para trabalhadores da construção civil, abordando a problemática do acesso à saúde bucal neste setor. A iniciativa visa superar barreiras como a inflexibilidade de horários e a impossibilidade de ausentar-se do trabalho, que frequentemente impedem esses profissionais de buscar cuidados dentários. O projeto propõe a implementação de unidades odontológicas móveis que se deslocam até os canteiros de obras, oferecendo tratamentos no local de trabalho. Esta abordagem não apenas promove a saúde bucal e geral dos trabalhadores, mas também contribui para aumentar a produtividade, reduzir o absenteísmo e fortalecer a responsabilidade social das empresas. O estudo explora os benefícios potenciais desta iniciativa, tanto para os trabalhadores quanto para as empresas, promovendo dignidade e bem-estar da força de trabalho da construção civil. A metodologia se baseou em um levantamento do estado de saúde bucal dos trabalhadores através da análise de dentes cariados, perdidos e obturados de 590 trabalhadores da construção civil de diferentes funções e níveis de escolaridade. Através desta análise de necessidade, será realizado planejamento logístico e avaliação de impacto, com o objetivo de criar um modelo de cuidado assistencial e ocupacional que possa ser replicável.

Abstract

This article presents an innovative mobile dental care project for construction workers, addressing the issue of access to oral health in this sector. The initiative aims to overcome barriers such as inflexible schedules and the impossibility of being absent from work, which often prevent these professionals from seeking dental care. The project proposes the implementation of mobile dental units that travel to construction sites, offering treatments at the workplace. This approach not only promotes workers' oral and general health, but also contributes to increasing productivity, reducing absenteeism and strengthening companies' social responsibility. The study explores the potential benefits of this initiative, both for workers and companies, promoting dignity and well-being of the construction workforce. The methodology was based on a survey of the oral health status of workers through the analysis of decayed, missing and filled teeth of 590 construction workers from

different functions and levels of education. Through this need analysis, logistical planning and impact assessment will be carried out, with the aim of creating a model of care and occupational care that can be replicated.

1. Introdução

A saúde bucal é uma parte essencial e indissociável da saúde geral e o seu desequilíbrio traz consequências físicas e emocionais. Muitas vezes subestimada, a saúde bucal desempenha um papel importante do ponto de vista funcional, sendo a primeira parte da função digestória com a trituração dos alimentos e, por impacto direto, na origem e no curso de doenças sistêmicas que nada parecem ter a ver com a região bucal. Doenças como diabetes e cardiopatias têm muita relação com o estado geral de saúde bucal do indivíduo, além de muitas doenças que podem ser precocemente diagnosticadas pela avaliação da boca e seus tecidos circundantes como, por exemplo, anemias, hepatite C, doenças autoimunes, leucemia, além do câncer de boca que afeta de maneira muito particular a população que normalmente trabalha na construção civil pela sua prevalência e fatores de risco. Além disso, não se pode deixar de levar em consideração o impacto social que as doenças bucais promovem nos indivíduos, afetando sua autoestima, confiança e sua saúde mental.

Segundo o Conselho Federal de Odontologia [1], O Brasil é o país com o maior número de profissionais no mundo, se tratarmos em números absolutos, ultrapassando a marca dos 416 mil cirurgiões dentistas cadastrados, sendo 37.511 apenas no estado do Rio de Janeiro, de acordo com o site do CFO/estatísticas com atualização em junho de 2024.

A federação dentária internacional com a publicação “O Atlas Global de Odontologia” estima que há um pouco mais que um milhão de dentistas no mundo e, deste total, cerca de 20% está no Brasil. Esse enorme contingente de profissionais não está diretamente

relacionado com a qualidade da saúde bucal da população brasileira em geral, por conta da falta de acesso aos serviços odontológicos por parte desta. Embora tenha havido significativa evolução na participação da odontologia nos programas públicos de saúde nos últimos anos, há muita desigualdade no acesso. Esse paradoxo se explica por alguns fatores como: a concentração desses profissionais na região sudeste, sobretudo São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro; pelo fato da inserção do cirurgião dentista ter ocorrido de forma estratégica nos programas públicos de saúde de forma tardia e pela opção majoritária destes de trabalharem de forma autônoma, em atendimentos particulares, representando um custo que, muitas vezes, a maioria da população não tem acesso. Quando esse cenário é trazido para a construção civil, observa-se, sem surpresa, que ele reflete o que acontece com o restante da população brasileira.

A indústria da construção civil desempenha um papel muito importante na economia de qualquer país, não apenas pela sua contribuição para a infraestrutura física, mas também pelo seu impacto significativo na geração de empregos e na intensificação do crescimento econômico. É o segmento que mais consegue absorver mão de obra, muitas vezes não qualificada, que dificilmente conseguiria se inserir na economia de maneira formal com salário e benefícios que geram um ciclo virtuoso de movimentação financeira com todos os seus ganhos diretos e indiretos.

Os trabalhadores em geral, constituem uma das frações mais importantes das comunidades e a proteção à sua saúde é elemento indispensável para o desenvolvimento social e econômico dos países, segundo Nogueira [2].

Muitos são os motivos pelos quais se observa o absenteísmo dos trabalhadores em seus locais de trabalho e dentre eles, encontram-se os problemas bucais como fator determinante para seu desempenho profissional ocasionando prejuízo tanto para a empresa quanto para o próprio trabalhador [3].

Silva e Mendes [4] corroboram que condições bucais precárias podem acarretar absenteísmo e conseqüente declínio na produtividade, impactando negativamente no desempenho de suas atividades laborais.

O absenteísmo ocorre quando os trabalhadores faltam ao trabalho devido problemas de saúde bucal, resultando em interrupções no cronograma da construção civil e potencialmente em atrasos no projeto. Por outro lado, o chamado presenteísmo ocorre quando os trabalhadores comparecem ao trabalho, mas sua produtividade é comprometida devido à dor ou desconforto associado a problemas bucais não tratados. Isto pode resultar em uma diminuição da qualidade do trabalho realizado e em um aumento do risco de acidentes no local de trabalho.

Um estudo realizado em uma indústria de sucos na Região Sudeste do Brasil sugere que a dor de dente pode ser um indicador significativo de absenteísmo entre os trabalhadores [5].

Segundo o trabalho de Shimada et al [6], as causas bucais afetam a qualidade de vida e diminuem a produtividade. Em questionários de auto relato foram obtidos sete tipos de problemas relacionados à saúde bucal: estresse, falta de foco, falta de sono, falta de energia, falta de comunicação por causa da halitose, falta de comunicação devido à aparência e falta de habilidade devido á dor de origem odontogênica.

As perdas dentárias são um importante indicador de saúde bucal e podem refletir o acesso e a qualidade dos serviços odontológicos, bem como fatores socioeconômicos e comportamentais da população [7].

Quando os resultados deste trabalho são trazidos para o contexto da construção civil, fica fácil perceber o risco de acidentes graves que podem ocorrer com um trabalhador que opera máquinas ou trabalha em altura, lembrando que um acidente desta natureza leva obrigatoriamente à notificação, com abertura obrigatória de uma comunicação de acidente de trabalho (CAT), para que não haja multas administrativas, responsabilidade civil e criminal da empresa.

2. Metodologia

Para realização deste estudo, foram examinados 590 trabalhadores da construção civil com vínculo empregatício e ingressando para tratamento odontológico no Serviço Social da Construção Civil [8], com as mais variadas funções (administrativas ou de campo) e idades.

Tabela 1 - Perfil dos Trabalhadores da Construção Civil Avaliados (n=590)

| Característica | Subcategoria | Número | Porcentagem |
|----------------|-----------------------------|--------|-------------|
| Gênero | Masculino | 553 | 93,7% |
| | Feminino | 37 | 6,3% |
| ----- | | | |
| Faixa Etária | 18-30 anos | 90 | 15,3% |
| | 31-50 anos | 378 | 64,1% |
| | 50-60 anos | 96 | 16,3% |
| | Acima de 60 anos | 26 | 4,4% |
| ----- | | | |
| Faixa Salarial | Até 2 salários mínimos | 446 | 75,6% |
| | Acima de 2 salários mínimos | 144 | 24,4% |
| ----- | | | |
| Escolaridade | Até Ensino Médio | 531 | 90,0% |
| | Nível Superior | 59 | 10,0% |

SECONCI-RIO [8]

Nesse levantamento, foram avaliados os critérios de dentes cariados, dentes extraídos ou com extração indicada e dentes restaurados ou obturados cuja soma leva ao número do índice CPOD, que foi formulado por Klein e Palmer em 1937, estimando a experiência presente e passada da cárie na dentição permanente. Este índice é utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a prevalência de cárie dentária

em diversos países. O critério de avaliação por este índice se faz normalmente na idade de 12 anos que é quando a dentição permanente é considerada completa, excluindo-se os terceiros molares (dentes do siso), porém a metodologia é válida para análise em qualquer corte de idade ou segmento populacional. Para a sua interpretação, analisam-se os valores obtidos que são classificados da seguinte forma de acordo com a severidade: muito baixo (0,0 a 1,1), baixo (1,2 a 2,6), moderado (2,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5) e muito alto (acima de 6,6).

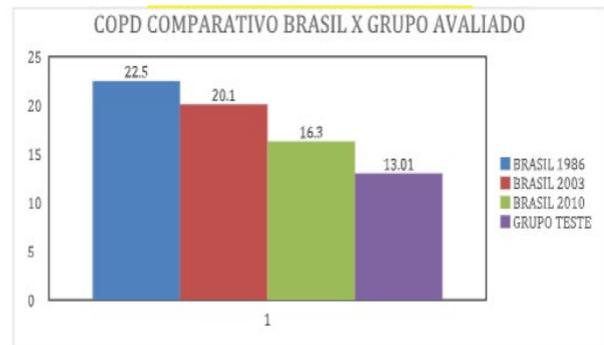
Valores elevados indicam más condições de saúde bucal, baixo acesso a serviços de saúde e, normalmente, condições socioeconômicas desfavoráveis. Eles são utilizados pelos governos para planejamento de ações de políticas públicas de saúde direcionadas.

Segundo a pesquisa nacional [9] realizada pelo ministério da saúde em parceria com a Universidade federal de Minas Gerais (UFMG) como parte da política nacional de saúde bucal, conhecida como Brasil sorridente, que visa identificar as condições de saúde oral da população brasileira, 41,5 % da população brasileira apresentava cárie com uma média de 2,2 dentes cariados por pessoa

De acordo com levantamentos nacionais realizados em 1986, 2003 e 2010, o índice CPOD nas populações adultas brasileiras apresentou uma tendência de queda, passando de 22,5 em 1986 para 16,3 em 2010, embora ainda seja considerado alarmante [10].

Na comparação da amostragem obtida por esse trabalho, os pacientes examinados, apresentam-se bem acima da média nacional (77,4%) e 3,31 dentes cariados por pessoa, porém com um índice CPOD significativamente menor no total, observado no gráfico 1.

Gráfico 1 – CPOD comparativo Brasil X Grupo avaliado



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Algumas observações importantes podem ser feitas nessa amostragem como, por exemplo, a absoluta maioria de homens examinados (93%) em relação a mulheres, o que reflete a predominância masculina na indústria da construção, o que vem aos poucos mudando. Do total de trabalhadores examinados, aqueles que trabalham diretamente no campo (canteiros) representam 84,2% quando comparados com os demais que exercem cargos administrativos.

O índice CPOD obteve as seguintes médias no geral:

Cariados: 6,25 dentes; Perdidos: 4,98 dentes; Obturados: 4,74 dentes; CPOD: 13,01.

Foram utilizados alguns critérios para análise: Idade e escolaridade.

No critério idade foi realizado um corte na idade de 40 anos e chegou-se às seguintes informações observadas no gráfico 2.

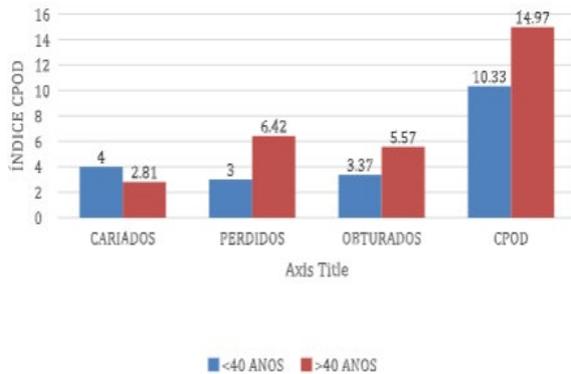
Trabalhadores examinados com idade até 39 anos:

Cariados: 4,0 dentes; Perdidos: 3,0 dentes; Obturados: 3,37 dentes; CPOD: 10,33.

Trabalhadores examinados com idade acima dos 40 anos:

Cariados: 2,81 dentes; Perdidos: 6,42 dentes; Obturados: 5,77 dentes; CPOD 14,97

Gráfico 2 – Avaliação Etária
AVALIAÇÃO ETÁRIA



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

No critério escolaridade foram divididos dois grupos: Nível superior; nível médio/fundamental. As seguintes informações foram obtidas:

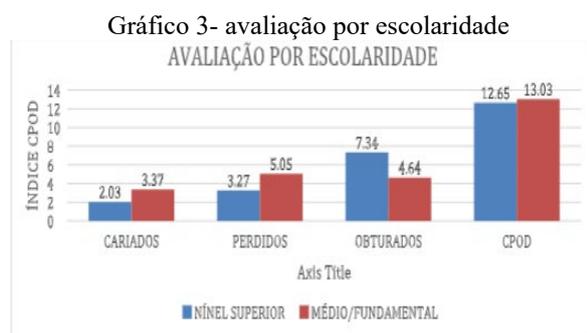
Trabalhadores examinados com ensino superior:

Cariados: 2,03 dentes; Perdidos: 3,27 dentes; Obturados: 7,34 dentes; CPOD: 12,65.

Trabalhadores examinados com ensino médio/fundamental:

Cariados: 3,37 dentes; Perdidos: 5,05 dentes; Obturados: 4,64 dentes; CPOD: 13,03.

Os dados podem ser comparados na observação do gráfico 3.



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Com base nessas informações algumas conclusões podem ser tiradas sobre a situação da saúde bucal dos trabalhadores da construção civil do Rio de Janeiro:

- Em relação ao critério etário:

Há uma diferença significativa entre os grupos analisados. Os pacientes até 39 anos têm menos elementos dentários cariados e perdidos, quando comparados com aqueles acima de 40 anos, o que poderia indicar uma melhor saúde bucal entre o primeiro grupo. Entretanto, o número de elementos dentários obturados ou restaurados é levemente maior no grupo mais jovem, o que pode sugerir que estes podem ter mais acesso a tratamentos odontológicos.

- Em relação ao critério escolaridade:

Os trabalhadores com nível superior têm um número significativamente menor de elementos dentários cariados e perdidos, porém, um número bem maior de dentes obturados ou restaurados em comparação com aqueles com nível médio/fundamental. Isto pode se traduzir em um maior acesso a serviços odontológicos e uma maior consciência da sua importância para a saúde.

Nessa análise pode-se concluir que os critérios idade e escolaridade parecem ter influência na saúde bucal dos trabalhadores da construção civil do município do Rio de Janeiro, em que percebe que os mais jovens e mais instruídos parecem ter melhores condições de saúde oral, seja por meio de prevenção ou acesso a tratamento odontológico.

3. Discussão

Com base no levantamento realizado fica claro que existe uma necessidade de implementação de programas para promoção de saúde bucal para este segmento do setor econômico. Os locais de trabalho são ambientes apropriados para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde. Essa consciência é muito importante para fomentar políticas setoriais de proteção ao trabalhador com a aplicação de um serviço de saúde que traga resultados para melhoria da saúde bucal deste, sem mencionar os ganhos de produtividade.

A partir dos dados obtidos nesse levantamento os quais corroboram com o

precário acesso a serviços odontológicos de qualidade da população como um todo, uma vez que o SUS não consegue absorver essa demanda. Além disso os custos dos tratamentos particulares são elevados e o trabalhador tem dificuldade de se ausentar para realização de uma consulta.

É preciso que haja um projeto que leve o serviço odontológico aos canteiros de obra com uma infraestrutura que garanta todos os parâmetros sanitários e de biossegurança. Isto seria de suma importância para preencher essa lacuna e trazer ganhos para os trabalhadores que teriam sua saúde bucal acompanhada de perto, diminuindo muito as possibilidades de ter seu desempenho afetado por causas odontológicas. As empresas não teriam déficit de produção pelos mesmos motivos, sem mencionar o impacto positivo na sua imagem do ponto de vista de responsabilidade social.

Nesse contexto, nasce a ideia de criar um serviço odontológico que permita a realização de um tratamento com os principais procedimentos a serem realizados no local de trabalho, garantindo acesso ao serviço de saúde sem que impactasse a rotina deste trabalhador, uma vez que o mesmo não teria que se ausentar do seu posto de trabalho ou perder tempo com deslocamentos. Não se trata de uma iniciativa inédita, pois o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.371/GM/MS de 7 de outubro de 2009, instituiu o componente móvel da atenção básica em saúde bucal com unidades odontológicas móveis (UOM), com consultórios odontológicos estruturados para atendimento às populações em locais de difícil acesso [11].

O gerenciamento de projetos vem sendo aprimorado desde as suas origens na década de 1960. Várias publicações foram lançadas, mas dentre elas, destaca-se o Guia do Conhecimento em Gerenciamento de projetos (Guia PMBOK) publicado pelo *Project Management Institute* (PMI), que traz um conjunto de diretrizes e boas práticas para o gerenciamento de projetos [12].

No referido projeto, a escolha pela abordagem preditiva, também chamada de tradicional ou em cascata, se justifica como uma opção robusta pelo escopo bem definido e requisitos estáveis [15].

O projeto foi estruturado em 5 fases principais:

1. Iniciação:

Nessa fase, dois processos são muito importantes, sendo eles desenvolver o Termo de Abertura do Projeto e identificar as partes interessadas [12]. No projeto proposto, o Termo de Abertura do Projeto documenta a necessidade de levar cuidados odontológicos aos trabalhadores da construção civil, justificando o investimento com base nos benefícios esperados, como a melhoria da saúde bucal, ganho de produtividade com a redução do absenteísmo e da empresa sob a ótica da responsabilidade social. A identificação das partes interessadas passa pelo mapeamento de todos os atores envolvidos no projeto e seu grau de importância, alinhando expectativas para o alcance de metas objetivas e tangíveis. Podemos citar os trabalhadores da construção civil que irão usufruir do tratamento, as equipes de saúde envolvidas, as empresas de construção civil, fornecedores de equipamentos e materiais, órgãos reguladores, dentre outros.

2. Planejamento:

Ainda segundo o PMBOK, nesta fase vai ser estabelecido o escopo total do projeto, definido e refinado os objetivos e desenvolvido o curso de ação necessário para alcançar esses objetivos [12]. Isso envolve os seguintes passos:

2.a. Desenvolver o Plano de Gerenciamento do Projeto:

2.b. Planejar o Gerenciamento do Escopo: Define como o escopo será definido, validado e controlado.

2.c. Coletar os Requisitos:

Levantando e documentando os requisitos dos stakeholders, desde a

- abrangência do serviço oferecido, tempo de espera para o tratamento, metas de redução de absenteísmo dos trabalhadores pelas empresas, boas condições de trabalho para a equipe odontológica, etc.
- 2.d. Definir o escopo: Elaborar uma descrição detalhada do projeto e do serviço em si, com todas as entregas a serem realizadas.
- 2.e. Criar a Estrutura Analítica do Projeto (EAP):
- Nesta fase, todos os pacotes de trabalho e suas entregas precisam ser identificados e organizados de maneira estruturada. A maioria das entregas principais já está definida no termo de abertura do projeto (Project Charter) e correspondem às entregas das fases ou atividades principais do projeto. [13]
- 2.f. Planejar em o Gerenciamento do Cronograma:
- Definido o escopo e os recursos necessários, o sequenciamento das atividades é realizado estimando a duração de cada uma. O projeto conta com os seguintes marcos: início do projeto com a data da sua implementação, avaliação dos resultados alcançados em 90 dias após o início da operação, depois em 120 dias e o encerramento após um ano com a conclusão das atividades e avaliação final, sendo feito um monitoramento contínuo e ajustes no cronograma, conforme necessário com o objetivo de sempre se manter dentro da linha de base do projeto.
- 2.g. Estimar os recursos das atividades:
- Estima-se a natureza dos materiais e equipamentos necessários bem como os recursos humanos que serão disponibilizados para o projeto.
- 2.h. Estimar os Custos:
- É realizada uma estimativa dos custos necessários para realização do projeto.
- 2.i. Determinar o Orçamento:
- Integração dos custos estimados de cada pacote de trabalho individualmente para estabelecer uma linha de base que deverá ser revisitada a todo momento.
- 2.j. Planejar o Gerenciamento da Qualidade:
- No planejamento da qualidade deste projeto, é muito importante estabelecer requisitos e padrões específicos e documentar a sua conformidade. Pode ser citado normas regulatórias como a do Conselho Federal de Odontologia [1], que estabelece normas para instalações de clínicas odontológicas, a Agência nacional de vigilância sanitária [14], que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, padrões de biossegurança, qualidade do atendimento, manutenção de equipamentos e qualificação da equipe. A conformidade será documentada através do plano de qualidade do projeto, através de métricas, auditorias, relatórios de inspeção, registro de manutenções e pesquisa de satisfação dos usuários.
- 2.k. Planejar o Gerenciamento dos Recursos:
- Define como estimar, adquirir, gerenciar e utilizar recursos físicos e de equipe.
- 2.l. Planejar o Gerenciamento das Comunicações:
- Cria uma estratégia e um plano de comunicação para o projeto que atendam às necessidades de informação de cada grupo ou pessoa envolvida.
- 2.m. Planejar o Gerenciamento dos Riscos:
- Define como será feita a condução do gerenciamento dos riscos deste projeto, uma vez identificados.
- 2.n. Planejar o Gerenciamento das Aquisições:
- Envolve registrar as decisões de compra do projeto, definir a estratégia de aquisição e identificar possíveis fornecedores.

2.o. Planejar o Engajamento das Partes Interessadas:

Consiste em criar estratégias para envolver as partes interessadas do projeto, levando em conta suas necessidades, expectativas, interesses e o impacto que podem ter no mesmo.

3. Execução

Este é o momento em que o trabalho definido no plano de gerenciamento do projeto é realizado para satisfazer os requisitos do projeto [12]. Nesta fase o planejamento se torna uma realidade operacional.

As principais atividades desta fase incluem:

- a. Aquisição e preparação dos veículos e equipamentos periféricos odontológicos e não odontológicos.
- b. Contratação e Treinamento da Equipe: Recrutamento de dentistas, auxiliares e motoristas e a realização do treinamento para atendimento dentro do canteiro de obras.
- c. Implementação de Sistemas: Parametrização do sistema odontológico já utilizado pela empresa com a inclusão novas unidades de atendimento (móveis).
- d. Execução de um projeto piloto: escolha de uma empresa de construção civil parceira para implementação do primeiro modelo de atendimento móvel, obtendo feedbacks e fazendo os ajustes necessários.
- e. Implementação gradual: Expansão do projeto para outras empresas e novos canteiros.
- f. Gestão da Comunicação: Divulgação para usuários e empresas sobre o novo serviço e execução de campanhas sobre a importância da saúde bucal.
- g. Monitoramento e Controle Contínuos: Realizar o acompanhamento da performance do projeto.

Esta fase é importante para alcançar os objetivos que levaram ao nascimento do projeto, como a melhoria da saúde bucal dos trabalhadores da construção civil, redução do absenteísmo e melhoria da produtividade.

4. Monitoramento e Controle

O grupo de processos de monitoramento e controle segundo o guia PMBOK, consiste naqueles necessários para acompanhar o progresso do projeto, verificar onde será necessária implementação de mudanças e garantir que sejam feitas quando necessário [12]. Isso garante que haja um alinhamento dos objetivos do projeto com a realidade.

As atividades que devem ser realizadas pela equipe responsável pelo gerenciamento deste projeto incluem:

- a. Monitoramento do Escopo;
- b. Controle do Cronograma;
- c. Controle de Custos;
- d. Monitoramento da Qualidade;
- e. Controle de Recursos;
- f. Monitoramento das Comunicações;
- g. Monitoramento de Riscos;
- h. Controle de Aquisições;
- i. Monitoramento do Engajamento das Partes Interessadas.

Esta fase do projeto permite a detecção precoce alterações ou a materialização de riscos identificados e permite também algumas possíveis melhorias, como um possível ajuste de rotas de atendimento, inclusão de procedimentos clínicos e melhorias em protocolos de biossegurança. É a fase onde melhor se aplica a gestão de mudanças.

5. Encerramento

Esta é a quinta e última fase seguindo a metodologia preditiva. O Grupo de Processos de Encerramento, conforme o guia PMBOK, consiste naqueles realizados para concluir formalmente o projeto. Nesta fase serão aplicadas as lições aprendidas e poderá ser

considerada a possibilidade de transformar o referido projeto em uma operação contínua.

São realizadas nesta fase as seguintes atividades:

- a. Verificação do Escopo;
- b. Encerramento Financeiro;
- c. Documentação das Lições Aprendidas: Muitas vezes negligenciada em projetos, essa ação garante uma análise das experiências e a documentação de práticas bem-sucedidas que podem ser replicadas em futuros projetos.
- d. Avaliação do Impacto do Projeto: São comparados os resultados obtidos com os do objetivo inicial do projeto.
- e. Transição para Operações: Transferência formal do serviço de atendimento odontológico móvel para a equipe que vai dar continuidade à operação.
- f. Liberação de Recursos: Recursos e materiais que foram utilizados exclusivamente para execução do projeto serão realocados ou liberados.
- g. Arquivamento de Documentos: Para que possam ser utilizadas para futuras referências.

Para Kerzner [15], além da conclusão em si, o encerramento garante que os benefícios obtidos sejam garantidos no longo prazo, inclusive com a expansão do serviço. Embora o projeto esteja sendo encerrado, seu legado de saúde, dignidade e benefício social irá se manter através de uma transição gradual e bem executada do modo projeto para o modo operacional, garantindo o legado desta iniciativa.

4. Considerações finais

Além dos resultados esperados como a redução do número de cáries, de perdas dentárias e de adesão ao tratamento, o projeto trará uma conscientização sobre a importância do cuidado com a saúde bucal, a valorização do trabalhador que terá um impacto positivo

na sua autoestima, trazendo benefícios para sua vida pessoal.

Esse trabalho pretende comprovar que as ações, por meio das empresas, que visem ao bem-estar de seus trabalhadores se convertam em um retorno de engajamento e produtividade, criando um ciclo virtuoso de boas práticas, fortalecendo sua reputação como empregadores comprometidos com a qualidade de vida dos seus funcionários.

A promoção de saúde bucal nos canteiros além de transformar sorrisos, constrói um ambiente mais saudável, produtivo e socialmente responsável.

Referências

- [1] CFO. Conselho Federal de Odontologia. *Resolução CFO-63/2005: Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia*. Brasília: CFO, 2005. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>. Acesso em: 25/05/2024.
- [2] NOGUEIRA, D. P. *Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 495-509, 1984.
- [3] VILAS BÔAS, F. P.; GUIMARÃES, R.; CAVALHEIRO, K.; COUTO, A. L.; BUENO, D. A. G.; CARVALHO, B. F. C.; SOARES, D. A. L.; ROSETTI, E. *Gestão em saúde bucal nas empresas: melhoria da saúde bucal, do absenteísmo e dos custos*. In: [6º congresso de extensão universitária da UNESP], 2011.
- [4] SILVA, J. C.; MENDES, A. R. *Impacto da saúde bucal na produtividade laboral: uma revisão sistemática*. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 1-15, 2022.
- [5] MIOTTO, Maria Helena Monteiro de Barros; BARCELLOS, Ludmilla Awad; LOPES, Zulmara Vicentini. *Dor de dente como preditor de absenteísmo em trabalhadores de uma indústria de sucos*

- da Região Sudeste do Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3183-3190, nov. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100009>. Acesso em: 06/05/2024.
- [6] SHIMADA, A. et al. *Impacto dos problemas de saúde bucal na produtividade e qualidade de vida: um estudo de auto relato*. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 45-52, 2023.
- [7] BARBATO, P. R.; RESENDE, M. A. *Perdas dentárias em adultos e idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 886-894, 2010.
- [8] SECONCI-RIO. *Levantamento epidemiológico de saúde bucal em trabalhadores da construção civil*. Rio de Janeiro: Serviço Social da Indústria da Construção do Rio de Janeiro, 2024.
- [9] MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: SB Brasil 2020*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [link para o documento]. Acesso em: 10 ago. 2024. [Ministério da Saúde lança levantamento sobre saúde bucal dos brasileiros — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/comunicacao/2020/08/10/pesquisa-nacional-de-saude-bucal-sb-brasil-2020)
- [10] AGNELLI, P. B. *Monitoramento do índice CPOD em adultos: revisão sistemática e metanálise*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 1-15, 2015.
- [11] BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.371*, de 7 de outubro de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 out. 2009. Seção 1, p. 49. Disponível em [Portaria nº 2.371/GM, de 7 de outubro de 2009 — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/comunicacao/2009/10/07/portaria-n-2371-gm-de-7-de-outubro-de-2009) acesso em 07 de junho de 2024.
- [12] PMI. Project Management Institute. *Um guia do conhecimento em gerenciamento de projetos (Guia PMBOK)*. 7. ed. Newtown Square. 2021.
- [13] VARGAS, Ricardo. *Manual Prático de Gerenciamento de Projetos*. 12. ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2021. 320 p.
- [14] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 50*, de 21 de fevereiro de 2002. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 mar. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegi/s/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html Acesso em: 26/05/2024.
- [15] KERZNER, H. *Gestão de Projetos: as melhores práticas*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2017.