



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA – EAD/FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Angélica Regina Rodrigues Pinheiro

ALTO ÍNDICE DE ENCAMINHAMENTOS À ATENÇÃO ODONTOLÓGICA
ESPECIALIZADA E A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL
NO CENTRO DE INSTRUÇÃO ALMIRANTE ALEXANDRINO

Rio de Janeiro
2020

Angélica Regina Rodrigues Pinheiro

ALTO ÍNDICE DE ENCAMINHAMENTOS À ATENÇÃO ODONTOLÓGICA
ESPECIALIZADA E A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL
NO CENTRO DE INSTRUÇÃO ALMIRANTE ALEXANDRINO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
– EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Orientador: André Feijó Barroso

Rio de Janeiro

2020

Angélica Regina Rodrigues Pinheiro

ALTO ÍNDICE DE ENCAMINHAMENTOS À ATENÇÃO ODONTOLÓGICA
ESPECIALIZADA E A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL
NO CENTRO DE INSTRUÇÃO ALMIRANTE ALEXANDRINO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
– EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por sua presença em minha vida e por ter me fortalecido nos momentos de dificuldades, mostrando que sou capaz.

Ao meu filho e melhor amigo, Bruno, minha joia rara, que é a razão de tudo e meu verdadeiro estímulo para enfrentar os desafios da vida.

Aos meus pais, Sandra e Pinheiro, que são meu porto seguro, meu alicerce, exemplos de perseverança, força e determinação e meus maiores incentivadores.

Às minhas irmãs, Aline e Alessandra, por me encorajarem e por acreditarem no meu potencial.

Ao meu cunhado, Rodrigo, pelo apoio nesse caminho.

Aos meus sobrinhos, Luiza, Alice e Daniel, por serem raios de luz em minha vida.

À Marinha do Brasil e à Escola de Guerra Naval pela oportunidade de aprimoramento profissional.

Ao Centro de Instrução Almirante Alexandrino por contribuir no desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu Tutor André Feijó, pelos ensinamentos, pela paciência, segurança, calma e tranquilidade transmitidos durante todo o curso.

A minha incrível equipe da Divisão de Odontologia, que muito me auxiliou na rotina diária e trabalhou com dedicação, compromisso, engajamento e carinho.

Aos amigos da turma do CSUP-2020, pelo incentivo e pela união nesta etapa de nossas carreiras.

A todos que, direta e indiretamente, me ajudaram a concluir este curso.

“Quando a gente acha que tem todas as respostas, vem a vida e muda todas as perguntas”
(Luis Fernando Veríssimo)

RESUMO

A Atenção Básica (AB) à saúde é caracterizada por uma série de ações que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, a reabilitação e a manutenção da saúde, respondendo a um modelo de atenção com valores, princípios e elementos próprios, por meio do qual se busca integrar todos os aspectos dos serviços de saúde e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Representa o primeiro contato com o sistema de saúde, responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre os objetivos de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade, integralidade e qualidade na atenção ao cuidado. Ela desempenha papel fundamental na prevenção e controle da cárie dental e doença periodontal, ainda correspondentes as doenças bucais mais prevalentes no Brasil. Importante ressaltar, que o agravamento destas doenças, além dos efeitos adversos nas condições de saúde bucal, acarreta aumento da demanda por serviços odontológicos especializados e dos custos com assistência em saúde para a recuperação da saúde bucal. Por meio de análise situacional no Centro de Instrução Almirante Alexandrino (CIAA) observou-se um alto índice de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos à Atenção Especializada (AE). Deste modo, o desenvolvimento deste projeto de intervenção tem o objetivo de reduzir este índice e alcançar a melhoria na resolutividade da AB à saúde bucal no CIAA, por meio de estratégias de educação em saúde bucal, visando a instrução dos militares alunos sobre importância das medidas preventivas às doenças bucais e busca precoce de tratamento odontológico, com finalidade de minimizar os agravos à saúde bucal e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica à Saúde; Saúde Bucal; Higiene Bucal; Placa Bacteriana; Cárie e Doença periodontal-controle e prevenção.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Situação-problema	26
Quadro 2: Matriz de Programação de Ações I.....	27
Quadro 2: Matriz de Programação de Ações I (continuação).....	28
Quadro 3: Situação-problema.....	29
Quadro 4: Matriz de Programação de Ações II.....	30
Quadro 4: Matriz de Programação de Ações II (continuação).....	31

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
AMH – Assistência Médico-Hospitalar
AP – Atenção Primária
APS – Atenção Primária à Saúde
AE – Atenção Especializada
CIAA – Centro de Instrução Almirante Alexandrino
CID – Código Internacional de Doenças
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal
DEnsM – Diretoria de Ensino da Marinha
DSM – Diretoria de Saúde da Marinha
HD – Higiene Dental
MB – Marinha do Brasil
MS – Ministério da Saúde
OM – Organização Militar
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAR – Programa de Aplicação de Recursos
PASSM – Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
PSB – Programa de Saúde Bucal
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SB – Saúde Bucal
SBC – Saúde Bucal Coletiva
SSM – Sistema de Saúde da Marinha
SUS – Sistema Único de Saúde
USF – Unidades de Saúde da Família
UBS – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 OBJETIVOS.....	10
1.1.1 OBJETIVO GERAL.....	10
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
1.2 JUSTIFICATIVA.....	10
1.3 METODOLOGIA.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: CONCEITO, PRINCÍPIOS E ORGANIZAÇÃO.....	12
2.2 CÁRIE DENTAL E DOENÇA PERIODONTAL: PREVENÇÃO E CONTROLE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL.....	18
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	23
3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	23
3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA.....	24
3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	26
3.4 GESTÃO DO PROJETO.....	32
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o sistema de saúde do Brasil (Sistema Único de Saúde – SUS) é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, obedecendo aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Tem como objetivos a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; e a assistência às pessoas por intermédio destas ações de saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Brasil, 1990).

As ações e serviços de saúde do SUS estão organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população. O acesso à população ocorre preferencialmente pela rede básica de saúde (atenção básica) e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados (Brasil, 2006).

O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) é o conjunto organizado de recursos humanos, materiais, financeiros, tecnológicos e de informações destinado a prover as atividades de saúde na Marinha do Brasil. O SSM é composto por três subsistemas: assistencial, médico-pericial e medicina operativa. O subsistema assistencial é o responsável pela assistência médico-hospitalar (AMH) dos usuários do SSM, sendo prestada de forma regional, hierarquizada, integrada, com ações objetivas para prevenção de doenças, recuperação e manutenção da saúde. O SSM prestará a AMH, segundo os três eixos de ações de saúde: prevenção e promoção de saúde, atenção básica (AB) e atenção especializada (AE) (Brasil, 2012a).

Desta forma, a Divisão de Odontologia do Centro de Instrução Almirante Alexandrino (CIAA) é parte da rede eminentemente assistencial, sob orientação técnica da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), porém, com subordinação administrativa à Diretoria de Ensino da Marinha (DEnsM) (Brasil, 2013). A Divisão de Odontologia do CIAA compete prestar assistência odontológica aos seus militares, nos eixos de ações de saúde de prevenção e promoção de saúde e AB. As ações de prevenção e promoção de saúde (1º Eixo) devem predominar sobre as de atenção básica (2º Eixo) e que estas precisam ocorrer em maior número do que as de atenção especializada (Brasil, 2013). Portanto, quando esgotados os meios terapêuticos da AB os pacientes são encaminhados para o atendimento odontológico especializado, ou seja, para o alcance da integralidade em saúde bucal, é necessária a organização da “porta de entrada” desse

sistema, da atenção básica e, sobretudo, da sua interligação com a atenção secundária (Borghi *et al.*, 2013).

Nas últimas décadas, evidenciou-se a ênfase na promoção da saúde e no fortalecimento da Atenção Básica em Saúde Bucal, por meio de ações realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USF) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Borghi *et al.*, 2013). Em consonância, Talon (2012 *apud* Moysés e Watt, 2000) apontam que, historicamente, o enfoque dos cuidados com a saúde bucal encontrava-se nas ações empreendidas no sentido de curar doenças e a ela correlatas. Entretanto, nas últimas décadas, houve significativa mudança neste proceder, já que a ênfase da saúde oral passou a ser a prevenção destas doenças e o consequente desenvolvimento de programas destinados a prevenir as doenças e a promover a mencionada saúde.

Em relação à rede básica, uma maior resolutividade da assistência prestada em nível das Unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas especializadas, de acordo com Franco e Magalhães Júnior (2004). No contexto desta abordagem, foi observada na Divisão de Odontologia do CIAA a situação problema de um grande número de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos do CIAA para a AE e a necessidade de redução deste quantitativo buscando ações mais efetivas na resolução da AB.

Sendo assim, é bem relevante o incremento das ações preventivas e de promoção da saúde para que se possa agir sobre o problema do alto índice de encaminhamentos odontológicos realizados no CIAA. Segundo Borghi *et al.* (2013), o impacto das ações de saúde bucal na atenção básica tem evidente progresso do ponto de vista da universalidade, equidade e integralidade. Esta análise contribui na avaliação da organização da atenção básica, considerando que a integralidade da atenção efetiva-se na coordenação do cuidado pela Atenção Primária em Saúde (APS) integrada à rede nos demais níveis de atenção, que caminha desde o acesso ao acompanhamento até a resolução da necessidade de saúde existente.

Mattos Júnior (2019) menciona que para a sobrevivência dos sistemas de saúde é extremamente necessário o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. O grande desafio enfrentado pelos gestores de saúde atualmente é o de desenvolver estratégias que consigam oferecer uma assistência de saúde de qualidade aliada à redução dos custos.

O presente trabalho está organizado em 04 seções: introdução, referencial teórico, projeto de intervenção e considerações finais.

Na Introdução serão expostos uma síntese geral sobre o tema abordado, os objetivos (geral e específicos), a justificativa e a metodologia.

No referencial teórico serão apresentados o conceito, princípios gerais e organização da Atenção Básica e, também, as doenças cárie e periodontal, ainda bastante prevalentes, onde a AB desempenha papel importante de prevenção e controle.

Em sequência, será apresentado o projeto de intervenção através da descrição e análise do problema, da programação das ações e da gestão do projeto.

Finalmente, serão apontadas as considerações finais.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Reduzir o número de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos do CIAA para a Atenção Especializada.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Melhorar a resolutividade da Atenção Básica à Saúde Bucal no CIAA;
- Realizar atividades de educação em saúde bucal, individual e coletiva, para conscientizar e instruir os militares alunos do CIAA quanto as medidas preventivas às doenças bucais e promoção da saúde bucal.
- Orientar militares alunos para busca de tratamento precoce para evitar ou minimizar os agravos das doenças bucais.
- Identificar os militares alunos com maior gravidade das doenças bucais para serem tratados inicialmente.

1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar este trabalho decorre da necessidade de reduzir os encaminhamentos odontológicos dos militares alunos do CIAA à AE, buscando enfrentar esta situação-problema por meio do desenvolvimento de estratégias de intervenção com ações para a melhoria na resolutividade da atenção de prevenção e promoção à saúde e AB no CIAA, visando oferecer uma assistência de saúde de qualidade e atenção com o cuidado associada à redução dos custos.

Sob o ponto de vista da gestão em saúde, os consequentes impactos relacionados à quantidade excessiva de encaminhamentos dos militares alunos à AE são: agravamento das

doenças bucais instaladas; aumento do número de dispensas das atividades laborativas/curriculares, devido necessidade de deslocamento para consultas na atenção especializada; aumento da demanda e, conseqüentemente, do aprazamento para atendimento na atenção especializada; prolongamento do prazo para realização do tratamento odontológico e restauração da saúde bucal dos militares alunos e maior custo para Marinha do Brasil (MB) com tratamento odontológico especializado para a recuperação da saúde bucal dos militares alunos.

Com um maior fluxo de encaminhamentos odontológicos à AE infere-se a existência de maior gravidade das doenças bucais que acometem os militares e, também, maiores dispêndios para o SSM. Diante disso, a não resolução ou redução deste problema identificado como prioritário levará a prejuízos à saúde bucal dos militares alunos do CIAA, assim como, prejuízos administrativos e financeiros ao SSM.

Desta forma, por meio da identificação das causas do grande número de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos do CIAA à AE e do desenvolvimento de estratégias de ações para a sua redução, os militares alunos poderão ser beneficiados com melhoria na saúde bucal e qualidade de vida e, ainda, tais ações poderão ser traduzidas em benefícios para o SSM com diminuição da demanda e dos custos do tratamento especializado.

1.3 METODOLOGIA

Este trabalho consiste em uma pesquisa de intervenção desenvolvida mediante um estudo de caso de abordagem qualitativa. Sua finalidade é interferir na realidade estudada visando à sua modificação, explicando os problemas e propondo soluções efetivas, tendo o projeto de intervenção como produto.

Com o propósito de identificar o problema, foi realizada uma pesquisa com toda a equipe da Divisão de Odontologia do CIAA, utilizando-se a técnica de *brainstorming*, o que gerou uma lista de problemas apontados pelo grupo. Nesta pesquisa, os problemas semelhantes foram agrupados e por meio da técnica do grupo nominal selecionou-se o problema prioritário. A partir das possíveis causas deste problema foram selecionadas as causas críticas, cuja governabilidade e tratamento adequado poderiam permitir uma ação gerencial, objetivando-se intervir nessas causas para eliminar ou reduzir o problema.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada por meio de artigos, revistas, livros e publicações sobre o tema em questão, sendo utilizada para compor o referencial teórico. Mediante a coleta de dados internos, por meio de consulta as fichas clínicas odontológicas arquivadas na Divisão de Odontologia do CIAA, foi realizada a identificação dos descritores do problema. A programação

das ações foi desenvolvida por meio de duas matrizes, onde podem ser evidenciadas as metas a serem atingidas e, para isso, as ações a serem desenvolvidas, os prazos e os responsáveis por sua execução, objetivando enfrentar gerencialmente as causas críticas apontadas para minimizar o problema identificado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: CONCEITO, PRINCÍPIOS E ORGANIZAÇÃO

A Conferência de Alma-Ata, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, em Alma-Ata no Cazaquistão, expressava a necessidade de ação urgente dos diferentes atores internacionais para promover a saúde de todos os povos do mundo. Sendo assim, foi relevante para a concepção de saúde e a organização de sistemas de saúde no mundo, tendo dado destaque à Atenção Primária à Saúde (APS) em termos globais. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde resultou na Declaração Alma-Ata que reafirmou a definição de saúde defendida pela OMS, como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, e a defendendo como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (saúde para todos no ano 2000) (OMS, 1978).

A Declaração Alma-Ata enfatizou a importância da APS, desde então defendida pela OMS como a base para uma promoção de saúde de caráter universal, apontando a APS como atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter. Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade e, conseqüentemente, condição para a melhoria da qualidade de vida dos homens. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde. Exortando todos os países à cooperação na busca pelo objetivo comum da promoção da saúde, defendendo tal cooperação como direito e dever de todos, individual e coletivamente (OMS, 1978). O apelo lançado em Alma-Ata foi um marco importante e significou o ponto de partida para outras iniciativas.

Assim, em 1986, a Carta de Ottawa, elaborada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, listou condições e recursos fundamentais, identificando campos de ação na promoção da saúde e ressaltando a importância da equidade. Trata-se de uma carta de intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal. Ampliou o conceito de promoção da saúde para além de um estilo de vida saudável, onde as dimensões socioeconômicas, políticas e culturais incidem sobre as condições de saúde, não sendo, assim, responsabilidade exclusiva do setor saúde. Este documento apontava que a responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos, trabalhando em conjunto, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde (OMS, 1986).

Em 2007, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançaram as bases de um movimento de renovação da APS nas Américas, buscando estimular reflexões acerca da implementação de políticas condizentes com os princípios e valores defendidos em Alma-Ata e fomentar novas reformas para organizar e fortalecer os sistemas nacionais de saúde orientados pela APS, inclusive o sistema de saúde brasileiro. Implicando em maior ênfase na família, na comunidade, na distribuição equitativa de cuidados abrangentes e integrados, na provisão de serviços e políticas intersetoriais e na participação social (OPAS/OMS, 2007).

O Relatório Mundial da Saúde, publicado pela OMS em 2008, reconhece a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base numa APS forte e de qualidade:

Na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial “dar prioridade às pessoas” realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (OMS, 2008, p. 43).

A APS foi definida por Starfield (2002) como o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada e, ainda, coordena os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield (2002) sugeriu uma abordagem para caracterizar a Atenção Primária (AP), apresentando os seguintes atributos essenciais dos serviços de APS: acessibilidade (prestação de serviços de primeiro contato);

longitudinalidade (a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida); integralidade (a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde); e a coordenação do cuidado (capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços). Além dos quatro atributos essenciais refere-se à três atributos derivados, centralização na família (considerar contexto familiar para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros); orientação para a comunidade (conhecer as necessidades de saúde da população adstrita dentro do seu contexto socioeconômico) e adequação cultural (ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais com suas características étnicas, raciais e culturais específicas). Importante salientar que estes atributos são interdependentes e complementares.

Um serviço de saúde pode ser considerado provedor de APS quando apresenta quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção), aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também outros atributos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural). Sistemas de saúde orientados pela APS impactam positivamente a saúde e a equidade em saúde; e quanto mais forte a presença de seus atributos, melhores os resultados alcançados (Starfield, 2002).

Atenção Básica (AB), terminologia utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) para indicar o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta como sinônimos as expressões Atenção Primária à Saúde (APS) e Cuidados Primários de Saúde, comumente encontradas na literatura internacional. Independentemente do termo utilizado, deve-se ressaltar que, no Brasil, são os mesmos os seus atributos dos serviços de APS apresentados por Starfield (2002) e as suas responsabilidades em prover um cuidado humanizado, abrangente, qualificado, resolutivo e centrado no indivíduo (Brasil, 2018).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, objetivando impactar na condição de saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade com vista à integralidade da atenção. Sendo desenvolvida segundo um trabalho em equipe, por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas direcionadas às populações de

territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações e assumindo a responsabilidade pelo cuidado desta população adstrita. Articula diversificadas tecnologias que devem resolver a maioria dos problemas de saúde mais frequentes e significativos em seu território. É o contato prioritário dos usuários com os sistemas de saúde, além de atuar como centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A AB considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2012b).

No que tange a Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha (PASSM), a AB também é entendida como o primeiro nível da assistência à saúde, sendo a porta de entrada do SSM e fundamental para a atenção gerenciada, funcionando como selecionador e direcionador dos usuários, devendo apresentar elevado grau de resolutividade. Assim, SSM fomenta a prevenção das doenças e a promoção da saúde com vistas à, consequente, manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos usuários, bem como a redução da demanda por serviços mais complexos (Brasil, 2013). Diante desta concepção, o SSM tem direcionado sua política assistencial para busca de soluções na priorização ao atendimento de nível primário, visando superar o desafio de equilibrar os custos dos serviços prestados com a manutenção da qualidade (Talon, 2012).

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, para o que a orienta a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (Brasil, 2018). A partir desse primeiro nível, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas) (Brasil, 2006). Nos dias atuais, a APS é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (Giovannella e Mendonça, 2008). Evidências internacionais sugerem que os sistemas de saúde fortemente orientados pela APS geram melhores resultados em saúde, são mais eficientes, têm menores custos com atenção à saúde, podem alcançar maior

satisfação da população e são mais equânimes, mesmo diante de adversidades sociais. (OPAS/OMS, 2007).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, destacando-se a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (Brasil, 2012b).

Na configuração das RAS, a APS responsabiliza-se pela atenção à saúde dos usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde-doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; respondendo por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema; e, desta forma, ordenando o funcionamento da rede (Lavras, 2011). Deste modo, instituições e estudiosos têm entendido a importância da APS como organizadora das RAS e coordenadora do cuidado. Assim, no processo de reordenamento de sistemas na perspectiva de estruturação das RAS, o fortalecimento da APS configura-se como a principal estratégia. Parte-se do princípio que para o bom desempenho de qualquer sistema de saúde é indispensável que as ações e as atividades de APS sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade (Lavras, 2011).

Portanto, conforme a PNAB, a AB contribui com o funcionamento das RAS e para tal deve possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, ser acolhedora, desenvolver vinculação e responsabilização entre as equipes de saúde e a população adstrita, coordenar o cuidado garantindo a continuidade das ações de saúde e ordenar as redes conforme as necessidades de saúde dos usuários e ser resolutiva, de modo a oferecer serviços de saúde humanizados, de qualidade e com atenção ao cuidado (Brasil, 2012b).

A saúde bucal como parte integrante da AB foi ressaltada na 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1980. E desde a 8ª CNS e da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), ambas realizadas em Brasília em 1986, e confirmada na 2ª e na 3ª CNSB, respectivamente em 1993 e 2004, pode-se afirmar que a Política de Saúde Bucal no Brasil vem ganhando força ao se considerar o conceito ampliado de saúde e a associação entre determinantes sociais e condições de saúde, em que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e

está relacionada diretamente as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e à informação (Brasil, 2004a).

O Relatório Final da 3ª CNSB assinalou-se que:

As condições da saúde bucal e o estado dos dentes eram, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. [...] E que por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exigia mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo. Como, aliás, determina com toda clareza a Constituição da República. (Brasil, 2004a, p.7-8).

A fim de alcançar equidade e superar desigualdades, foram estabelecidas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente. Essas diretrizes visam garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal, intersetoriais, voltada para os cidadãos de todas as idades, no marco do fortalecimento da Atenção Básica. Tendo como eixos estruturantes o acesso universal, a assistência integral em saúde bucal e o conceito do cuidado, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (Brasil, 2004b). Além da expansão e da criação dos serviços odontológicos, a PNSB reorientou completamente o modelo assistencial. Iniciou a implantação de uma rede assistencial de saúde bucal, que articula não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multidisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais (Brasil, 2004b).

A MB encontra-se alinhada à PNSB por meio do seu Programa de Saúde Bucal (PSB), que visa, com as ações de prevenção das doenças e de promoção da saúde bucal, conscientizar e motivar os usuários do SSM a se engajarem na manutenção de sua saúde bucal e a desenvolverem atitudes voltadas para a prevenção das doenças bucais.

Nota-se que tanto a PNAB quanto as diretrizes para a PNSB contribuem para o deslocamento da odontologia do campo técnico para o campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC) (Botazzo e Chaves, 2013). Segundo Baldani *et al.* (2018), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pode constituir excelente ferramenta de

gestão do processo de trabalho, pois permite discutir e reafirmar a importância da saúde bucal na APS para a redução de iniquidades.

Diante desta conjuntura, parece ser um dos grandes desafios da Odontologia estabelecer-se como um espaço de integralidade e constituir uma rede de atenção à saúde que transcenda às especificidades odontobiológicas. Impactos epidemiológicos são produtos de intervenções intersetoriais, em que a prática odontológica é peça componente de um todo que engloba ações setoriais, educacionais, ambientais e sociais (Brasil, 2018). De mesmo modo, segundo Neves *et al.* (2019, p.1810) “cria-se o desafio de construir um sistema público de saúde que, para além da atenção às necessidades de saúde do povo brasileiro, constitua-se integral ao engrenar políticas, programas, ações, práticas e cuidados em saúde”.

2.2 CÁRIE DENTAL E DOENÇA PERIODONTAL: PREVENÇÃO E CONTROLE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL

A cárie e a doença periodontal constituem um problema de saúde pública no Brasil, pois são as doenças bucais de maior prevalência, produzem efeitos severos, causando insuficiência mastigatória e alterações na estética facial, existem métodos eficazes de prevenção e controle, mas tais métodos não estão sendo utilizados de modo adequado pela comunidade (Pinto, 2000). Ambas têm etiologia multifatorial (Tinoco e Tinoco, 2000). Entretanto, a placa bacteriana constitui-se no agente etiológico determinante dessas enfermidades, as quais se caracterizam como o principal problema de Odontologia sanitária em nosso meio (Pinto, 2000). Portanto, para prevenção destes dois principais problemas bucais numa população em geral, cárie dentária e inflamação gengival, torna-se necessária a remoção do fator etiológico principal, a placa dentária bacteriana, desenvolvendo hábitos para a saúde, principalmente quanto à execução de uma correta higiene bucal (Milorí *et al.*, 1994).

A cárie dentária é definida como uma doença que, através do desequilíbrio desmineralização-remineralização, provoca perda mineral progressiva nas estruturas dentárias. Existe associação positiva entre placa bacteriana (biofilme) e a cárie dentária (Palmier *et al.*, 2013). O processo metabólico bacteriano é influenciado por uma multiplicidade de fatores existentes na cavidade bucal, como a concentração de flúor, a composição e frequência da dieta, a composição e o fluxo da saliva, a capacidade tampão da saliva e da placa, entre outros. Esses fatores, denominados de determinantes, embora sozinhos não possam ocasionar perda mineral se bactérias não estiverem presentes, influenciam, de maneira decisiva, no desenvolvimento da doença (Maltz e Carvalho, 1997). Portanto, são fatores de risco associados à cárie dental:

deficiente controle mecânico da placa bacteriana (biofilme), consumo frequente de açúcar, falta de acesso ao flúor, hipossalivação e fatores culturais e socioeconômicos (Brasil, 2018).

As doenças periodontais dividem-se em gengivites e periodontites. As primeiras, consideradas doenças infecto-inflamatórias, de caráter reversível, caracterizam-se por vermelhidão da gengiva marginal, edema e sangramento à sondagem (Pinto, 2000). As últimas, por sua vez, caracterizam-se por uma destruição do ligamento periodontal de inserção, ao redor da raiz do dente, com ou sem perda de osso alveolar. Ocorre uma inflamação gengival de intensidade variável e migração apical do epitélio juncional, ocasionando a formação de uma bolsa periodontal (Tinoco e Tinoco, 2000). Sendo importante mencionar fatores de risco relacionados à doença periodontal, como a ausência de controle de placa bacteriana, fumo (tabaco), diabetes, imunodepressão e fatores culturais e socioeconômicos (Palmier *et al.*, 2013; Brasil, 2018).

A placa bacteriana é definida como um agregado bacteriano que se fixa sobre os dentes e/ou sobre outras superfícies duras da boca, composta principalmente de proteínas e glicoproteínas encontradas na saliva e no fluido gengival e de receptores específicos para aderência bacteriana (Machado, 2003).

Vale referir, que na experiência clássica de Løe *et al.* (1965) suprimindo a escovação dentária e possibilitando um contínuo acúmulo de placa bacteriana, a gengivite foi estabelecida entre 10 e 21 dias. Após a reintrodução da higiene bucal, a gengiva retornou à sua condição normal. Em outro estudo, Von der Fehr *et al.* (1970) verificaram que lesões incipientes de cárie se desenvolveram em três semanas, em indivíduos que deixaram a placa se acumular livremente sobre os dentes, paralelamente com a realização de bochechos com solução sacarose a 50%, nove vezes ao dia. Trinta dias após retomarem a limpeza diária e adequada dos dentes, associada a bochechos diários com solução de fluoreto de sódio, as lesões se apresentaram inativas. Buischi *et al.* (2000) concluem que esses estudos, tidos como clássicos dentro da literatura odontológica, além de estabelecer uma relação de causa efeito entre placa e doenças bucais mais prevalentes (cárie e doença periodontal), também abordam o tratamento das doenças, mostrando que a remoção mecânica da placa nas fases iniciais das doenças promove sua cura.

Unfer e Saliba (2000) mencionam que embora a cárie dental e as doenças periodontais sejam preveníveis ou passíveis de controle e as medidas necessárias sejam relativamente simples, observa-se que não é alcançada uma melhor saúde bucal em nível populacional. Isso se deve ao fato da prevalência e da incidência dessas doenças serem associadas às condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas como produto de interações biológicas na

placa bacteriana. Sendo assim, são importantes programas de saúde bucal que empreguem metodologias de educação como parte do processo de capacitação da população para melhorar sua saúde bucal. Uma vez que estas doenças bucais podem ser controladas pelo indivíduo capacitado a adotar medidas preventivas adequadas.

Neste contexto, entendendo à saúde bucal como parte integrante da Atenção Básica (Brasil, 2004a) uma estratégia de prevenção às doenças bucais e de promoção à saúde bucal deve ser a busca pelo equilíbrio biológico, levando em consideração os determinantes sociais da cárie e da doença periodontal, sem perder de vista a qualidade de vida do indivíduo. Segundo Ferreira (2014), podem ser considerados de relevância na instituição de estratégias preventivas às doenças bucais as mudanças de hábitos comportamentais mediante educação em saúde bucal, controle de placa bacteriana mediante escovação e uso do fio dental, aconselhamento da dieta e fluoterapia.

De acordo com os resultados do último levantamento epidemiológico nacional na área de saúde bucal (Projeto SB Brasil 2010), segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu da condição de média para baixa prevalência de cárie, refletindo as mudanças das políticas públicas, com ações de prevenção e reorganização dos serviços de saúde. Mas, ainda assim, os resultados mostram diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie, o que indica necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção à saúde bucal, levando em consideração os determinantes socioeconômicos e condições de vida da população. Segundo este mesmo levantamento, no que diz respeito às condições periodontais, em termos populacionais, estes problemas aumentam, de modo geral, com a idade (Brasil, 2011).

Na ótica das ações de prevenção e promoção à saúde bucal da AB, a introdução de programas de motivação quanto a métodos de higiene bucal tem grande importância na redução do índice de placa e, conseqüentemente, na diminuição da prevalência da cárie e da doença periodontal (Pinto, 2000). Importa destacar, que as medidas de higiene bucal, como a escovação dental e uso do fio dental, tem um papel na condição de saúde bucal dos indivíduos, tanto em relação à cárie como à doença periodontal. Assim, a sensibilização do usuário para o autocuidado em busca da sua participação ativa na discussão da etiologia das doenças, fazendo com que se sinta parte integrante e corresponsável pelo tratamento, faz parte do processo de aquisição de autonomia do indivíduo na produção do cuidado (Palmier *et al.*, 2013). Portanto, o incentivo ao autocuidado por meio de um efetivo controle de placa dental deveria ser uma das principais medidas de promoção de saúde bucal. Sendo importante ressaltar, que a escovação dental regular com dentifício fluoretado é um dos métodos mais eficientes no controle da cárie,

uma vez que agrega a desorganização da placa ao efeito tópico do flúor, auxiliando no processo de reposição das pequenas perdas minerais da estrutura dental (Gomes e Silva, 2010). Já que se sabe que o tratamento clínico restaurador não é suficiente para impedir a progressão da doença devendo ser incrementado com ações de promoção e prevenção (Palmier *et al.*, 2013).

Dessa forma, as medidas de prevenção e promoção de saúde são apontadas como basilares nas políticas de saúde bucal, uma vez que se pode alcançar um número maior de indivíduos, independente de classe social, sexo ou raça. Sendo exemplos dessas medidas os programas de educação em saúde, escovação supervisionada e fluoretação da água de abastecimento público. Cabe mencionar, que a exceção da fluoretação da água as demais ações estão diretamente associadas ao cirurgião-dentista como agente desse processo (Ferreira, 2014). Portanto, o cirurgião-dentista atua no papel de corresponsável pela orientação de comportamentos saudáveis e pelo reconhecimento de fatores de risco sistêmicos à saúde bucal, a fim de seu controle e tratamento precoce, uma vez que é um componente da equipe de atenção integral à saúde. A saber, o desenvolvimento de estratégias de prevenção é essencial para que os indivíduos atinjam idades mais avançadas com adequada saúde bucal (Penoni *et al.*, 2018).

Segundo Palmier *et al.* (2013), a teoria da promoção de saúde conseguiu identificar que além dos fatores biológicos, muito mais fatores determinantes interferem na saúde ou na doença do indivíduo, como o estilo de vida (hábitos, sociedade a que pertence), o ambiente (econômico, social, cultural) e o acesso aos serviços (de qualidade).

Diante da necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; da necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população e da necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na AB, o Ministério da Saúde realizou a inclusão da Odontologia no Programa de Saúde da Família (PSF), por meio da Portaria nº 1.444 de 28/12/2000 (Brasil, 2000). A importância dessa inclusão foi não só do ponto de vista de recuperação da saúde bucal, mas também do vínculo estabelecido entre os profissionais e a população adstrita, o que contribui e muito para a acessibilidade à AB (Brasil, 2000).

Na 3ª CNSB a Odontologia brasileira foi caracterizada como ineficiente e ineficaz, pois apresentava um caráter mercantilista e monopolista, com enfoque curativo e de baixa cobertura (Brasil, 2004a). Neste cenário, a PNSB aponta, nos seus princípios norteadores, a ampliação e a qualificação da assistência, consistindo em organizar o processo de trabalho, de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos para resolver a necessidade de saúde bucal que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro, futuras perdas dentárias e

outras sequelas. A equipe deve estar capacitada a oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto no coletivo (Brasil, 2004b).

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as linhas do cuidado, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde. Mudar o modelo assistencial para superar os desafios de ter uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na AB, onde a assistência deve ser por meio de trabalho de equipe multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e da vinculação da população, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado sendo a gestora do projeto terapêutico. Portanto, deve fazer o acompanhamento garantindo o acesso aos outros níveis de assistência e dando continuidade aos cuidados ao usuário (Franco e Magalhães Júnior, 2004). Além disso, é importante salientar que todo esse esforço de integração deve estar conectado com um conjunto de propostas para fortalecer a qualificação desse processo de trabalho, por meio de atividade de educação permanente organizada e estruturada para que possibilite ao profissional uma tomada decisão que busque ser mais resolutiva nas suas ações (Brasil, 2018).

Nesse sentido, cabe ao serviço redimensionar seu processo de acolhimento, onde o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade da AB. Importante evidenciar a preocupação de não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário ao cuidado de saúde bucal, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade da equipe (Brasil, 2018).

A complexidade dos fenômenos saúde-doença, de seus determinantes sociais, ambientais e econômicos e a integralidade no cuidado requerem o trabalho interdisciplinar de uma equipe multiprofissional, conectando ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos, construindo coletivamente as intervenções para a população que vive no território, assim, com participação social. (Brasil, 2018).

A integralidade e a ampliação e qualificação da assistência na AB podem contribuir de maneira positiva para melhoria e orientação das políticas públicas, no sentido da superação de desigualdades no acesso aos serviços de saúde bucal, do alcance da equidade dentro do sistema e na efetivação da integralidade relativa às práticas de atenção (Baldani *et al.*, 2018).

Portanto, programas e intervenções em saúde sensíveis às condições sociais devem ter o propósito de minimizar a incidência de doenças bucais, bem como de suas desigualdades, dando o tratamento justo à correspondente necessidade de cada um, possibilitando atenção à saúde bucal de forma equânime e integral (Ferreira, 2014), indispensáveis para uma AB resolutive, integral e efetiva, com qualidade dos serviços de saúde, com atenção ao cuidado da população e com aprofundamento da humanização das práticas de atenção (Brasil, 2004b).

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

O CIAA está localizado no bairro da Penha, no município do Rio de Janeiro. Tem o propósito de capacitar praças dos diversos Corpos e Quadros, para o exercício na paz e na guerra, das funções previstas nas OM da Marinha. Sendo o Centro de Instrução responsável pelo ensino profissional militar-naval por meio da capacitação, especialização e do aperfeiçoamento de militares graduados (praças) da MB em diversas especialidades. Anualmente, em torno de 2000 militares de carreira, na faixa etária de 20 a 30 anos, são matriculados para os cursos de especialização e aperfeiçoamento no CIAA. A Divisão de Odontologia do CIAA integra o Departamento de Saúde deste Centro de Instrução e presta assistência odontológica aos seus militares, segundo os eixos de prevenção e promoção de saúde e atenção básica. Então, para este projeto foi selecionada a parcela de militares alunos de carreira dos cursos de especialização e aperfeiçoamento atendidos na Divisão de Odontologia em 2019. Neste projeto descreve-se uma situação-problema, sua análise situacional elencando suas possíveis causas e causas críticas e apresenta-se as metas definidas e as ações para alcançá-las nas matrizes de programação de ações. Pretende-se após a conclusão deste projeto avaliar o alcance das metas estabelecidas e os resultados atingidos, intencionando-se a ampliação para os demais militares do CIAA (alunos e tripulação).

3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Durante o ano de 2019, 856 militares alunos do CIAA foram atendidos na Divisão de Odontologia (considerando aqueles militares de carreira realizando cursos de especialização e aperfeiçoamento). Baseado nestes atendimentos odontológicos e nas observações de todos os membros da equipe odontológica, o problema percebido foi o grande número de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos do CIAA para a AE. Assim, a seguinte pergunta foi formulada: Que problemas contribuem para o grande número de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos do CIAA para a atenção especializada?

Para obter informações quantificadas que caracterizassem o problema e, portanto, descrevê-lo, foram levantados dados com base nas fichas clínicas arquivadas dos militares alunos atendidos na Divisão de Odontologia do CIAA em 2019 e identificados os seguintes descritores:

- 41,1 % dos militares alunos do CIAA atendidos nas consultas odontológicas na Divisão de Odontologia foram encaminhados para tratamento na atenção especializada; e
- 39,7 % dos militares alunos do CIAA atendidos na Divisão de Odontologia foram para consultas de urgências/emergências odontológicas.

3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Foram realizadas reuniões do tipo *brainstorming* com a equipe de trabalho da Divisão de Odontologia do CIAA e foi identificada uma série de condições que podem atuar como possíveis causas do problema do grande número de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos do CIAA para a AE, elencadas a seguir:

- Deficiência da resolutividade da atenção básica;
- Militares alunos pouco esclarecidos sobre a importância do acompanhamento da sua saúde bucal, do autocuidado e dos hábitos de higiene bucal como medidas preventivas às doenças bucais;
- Falta de censo odontológico no início de cada ano letivo dos cursos realizados no CIAA para detecção precoce das necessidades de tratamento dos militares alunos. Uma vez que militares alunos se apresentam para consulta odontológica com doenças bucais já instaladas e casos já apresentando agravamento destas patologias;
- Números insuficientes de palestras educativo-preventivas que permita promover a conscientização dos militares alunos sobre promoção e prevenção em saúde bucal; e
- Ausência de militar praça da especialidade Higiene Dental (HD), técnico em saúde bucal, para atuar na triagem dos militares alunos e executar a fase preventiva do tratamento odontológico.

Dentre este conjunto das possíveis causas elencadas, foram selecionadas as causas críticas, que enfrentadas gerencialmente levam à resolução ou à redução do problema, sendo as seguintes:

- Militares alunos pouco esclarecidos sobre a importância do acompanhamento da sua saúde bucal, do autocuidado e dos hábitos de higiene bucal como medidas preventivas às doenças bucais; e

- Falta de censo odontológico no início de cada ano letivo dos cursos realizados no CIAA para detecção precoce das necessidades de tratamento dos militares alunos. Uma vez que militares alunos se apresentam para consulta odontológica com doenças bucais já instaladas e casos já apresentando agravamento destas patologias.

Portanto, para avaliar a porcentagem aumentada de encaminhamentos dos militares alunos do CIAA à AE e buscar ações estratégicas de intervenção visando sua redução, resolvemos trabalhar com enfoque nas causas sobre as quais temos governabilidade, causas críticas selecionadas e, deste modo, que nos permite ações gerenciais, como adoção de abordagens e medidas de prevenção e promoção à saúde bucal para maior conscientização preventiva dos militares alunos e, também, realização de censo odontológico para identificação prévia das necessidades de tratamento para minimizar os agravos das doenças bucais

3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Quadro 1: Situação-problema

Problema a ser enfrentado:	Grande número de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos do CIAA para a atenção especializada.
Descritor:	Descritor 1: 41,1 % dos militares alunos do CIAA atendidos nas consultas odontológicas na Divisão de Odontologia foram encaminhados para tratamento na atenção especializada. Descritor 2: 39,7 % dos militares alunos do CIAA atendidos na Divisão de Odontologia foram para consultas de urgências/emergências odontológicas.
Indicador:	Indicador 1: Percentual de militares alunos do CIAA atendidos nas consultas odontológicas encaminhados para tratamento na atenção especializada. Indicador 2: Percentual de militares alunos do CIAA atendidos para consultas de urgências/emergências odontológicas. Fonte: Fichas clínicas dos militares alunos.
Meta:	Meta 1: Reduzir para 25% em 1 ano e para 10% em 2 anos o percentual dos militares alunos do CIAA atendidos nas consultas odontológicas encaminhados para tratamento na atenção especializada. Meta 2: Reduzir para 25% em 1 ano e para 10% em 2 anos o percentual de militares alunos do CIAA atendidos para consultas de urgências/emergências odontológicas.
Impacto a ser gerado (resultados alcançados /esperados):	Redução do número de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos do CIAA para tratamento na atenção especializada e redução do número de militares alunos atendidos para consultas de urgências/emergências odontológicas.
Causa crítica 1:	Militares alunos pouco esclarecidos sobre a importância do acompanhamento da sua saúde bucal, do autocuidado e dos hábitos de higiene bucal como medidas preventivas às doenças bucais.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 2: Matriz de Programação de Ações I

Ações	Recursos Necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Realizar <i>Brainstorming</i> com os cirurgiões-dentistas da Divisão de Odontologia	Humanos Sala, computador, papel, caneta	<i>Brainstorming</i> realizado	out/20	CC (CD) Angélica
Definir conteúdo e abordagens das medidas de prevenção e promoção à saúde bucal	Humanos Sala, computador, papel, caneta	Conteúdo e abordagens definidos	out/20	CC (CD) Angélica CT (CD) Myrna Barcellos 1º Ten (RM2-CD) Juliana Fernandes 1º Ten (RM2-CD) Roubertie
Elaborar palestra de prevenção e promoção à saúde bucal e submetê-la à apreciação da chefia	Humanos Sala, computador, pen drive, artigos e livros científicos, internet, papel, caneta	Palestra elaborada	nov/20	1º Ten (RM2-CD) Roubertie
Realizar atividades trimestrais de educação em saúde bucal (ministrar palestras) para militares alunos	Humanos Auditório, computador, pen drive, retroprojeto	4 Atividades educativas realizadas por ano	A partir de fev/21	1º Ten (RM2-CD) Juliana Fernandes 1º Ten (RM2-CD) Roubertie
Elaborar material informativo-educativo (panfleto) com medidas de prevenção e promoção à saúde bucal para ser distribuído aos militares alunos e submetê-lo à apreciação da chefia	Humanos Papel, computador, impressora, internet	Material informativo-educativo elaborado	dez/20	CT (CD) Myrna Barcellos 1º Ten (RM2-CD) Juliana Fernandes 1º Ten (RM2-CD) Roubertie

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 2: Matriz de Programação de Ações I (continuação)

Ações	Recursos Necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Distribuir material informativo-educativo nas atividades de educação em saúde bucal	Humanos Material informativo-educativo	Material informativo-educativo distribuído	mar/21	1º Ten (RM2-CD) Juliana Fernandes 1º Ten (RM2-CD) Roubertie 3º SG-EF Lopes CB-RM2-EF Seixas CB-RM Daniela
Incluir no Programa de Aplicação de Recursos (PAR) da OM necessidade de aquisição de um televisor de 40” para uso na sala de espera da Divisão de Odontologia (exposição vídeos educativos)	Humanos Sala, computador	Inclusão no PAR de televisor 40” realizada	nov/20	CC (CD) Angélica 1º Ten (RM2-CD) Roubertie 2º SG-ES Cavararo 3º SG-EF Lopes
Realizar processo para aquisição do televisor de 40” para uso na sala de espera da Divisão de Odontologia (exposição vídeos educativos)	Humanos Financeiros Sala, computador, papel, caneta	Processo de aquisição realizado	fev/21	CT (RM2-T) Renata Ribeiro 1º Ten (RM2-CD) Roubertie 3º SG-EF Lopes
Preparar o local para a instalação do equipamento adquirido.	Humanos Ferramentas, fios, tomada	Instalação elétrica realizada	abr/21	2º Ten (AA) Prado 1º SG-EL Guimarães
Apresentar diariamente em televisor vídeos educativos na sala de espera da Divisão de Odontologia	Humanos Televisor 40”	Vídeos educativos apresentados diariamente	mai/21	3º SG-EF Lopes CB-RM2-EF Seixas CB-RM Daniela

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3: Situação-problema

Problema a ser enfrentado:	Grande número de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos do CIAA para a atenção especializada.
Descritor:	Descritor 1: 41,1 % dos militares alunos do CIAA atendidos nas consultas odontológicas na Divisão de Odontologia foram encaminhados para tratamento na atenção especializada. Descritor 2: 39,7 % dos militares alunos do CIAA atendidos na Divisão de Odontologia foram para consultas de urgências/emergências odontológicas.
Indicador:	Indicador 1: Percentual de militares alunos do CIAA atendidos nas consultas odontológicas encaminhados para tratamento na atenção especializada. Indicador 2: Percentual de militares alunos do CIAA atendidos para consultas de urgências/emergências odontológicas.
Meta:	Meta 1: Reduzir para 25% em 1 ano e para 10% em 2 anos o percentual dos militares alunos do CIAA atendidos nas consultas odontológicas encaminhados para tratamento na atenção especializada Meta 2: Reduzir para 25% em 1 ano e para 10% em 2 anos o percentual de militares alunos do CIAA atendidos para consultas de urgências/emergências odontológicas.
Impacto a ser gerado (resultados alcançados /esperados):	Redução do número de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos do CIAA para tratamento na atenção especializada e redução do número de militares alunos atendidos para consultas de urgências/emergências odontológicas.
Causa crítica 2:	Falta de censo odontológico no início de cada ano letivo dos cursos realizados no CIAA para detecção precoce das necessidades de tratamento dos militares alunos. Uma vez que militares alunos se apresentam para consulta odontológica com doenças bucais já instaladas e casos já apresentando agravamento destas patologias.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4: Matriz de Programação de Ações II

Ações	Recursos Necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Realizar <i>Brainstorming</i> com os cirurgiões-dentistas da Divisão de Odontologia	Humanos Sala, computador, papel, caneta	<i>Brainstorming</i> realizado	nov/20	CC (CD) Angélica
Definir realização de censo odontológico	Humanos Sala, computador, papel, caneta	Censo odontológico definido	nov/20	CC (CD) Angélica CT (CD) Myrna Barcellos 1º Ten (RM2-CD) Juliana Fernandes 1º Ten (RM2-CD) Roubertie
Realizar censo odontológico dos militares alunos no início do ano letivo para detecção precoce das necessidades de tratamento	Humanos Cadeira odontológica, mocho, Kit odontológico para exame clínico (espelho bucal, sonda exploradora e pinça de algodão), papel, caneta	Censo odontológico realizado	fev/21	CC (CD) Angélica CT (CD) Myrna Barcellos 1º Ten (RM2-CD) Juliana Fernandes 1º Ten (RM2-CD) Roubertie 3º SG-EF Lopes CB-RM2-EF Seixas CB-RM Daniela
Identificar principais causas (CID- Código Internacional de Doenças) de necessidade de encaminhamentos para atenção especializada com base nos dados obtidos no censo odontológico	Humanos Sala, computador, papel, caneta	Causas identificadas	mar/21	CC (CD) Angélica CT (CD) Myrna Barcellos 1º Ten (RM2-CD) Juliana Fernandes 1º Ten (RM2-CD) Roubertie

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4: Matriz de Programação de Ações II (continuação)

Ações	Recursos Necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Elaborar protocolo de captura ativa para marcação de consulta inicial dos militares alunos com necessidades de tratamento odontológico identificadas após o censo e submetê-lo a apreciação da chefia	Humanos Sala, computador, papel, caneta	Protocolo elaborado	abr/21	CC (CD) Angélica CT (CD) Myrna Barcellos 1º Ten (RM2-CD) Juliana Fernandes 1º Ten (RM2-CD) Roubertie
Realizar tratamento odontológico (atenção básica) dos militares alunos	Humanos Cadeira odontológica, mocho, Kit odontológico para tratamento (espelho bucal, sonda exploradora, pinça de algodão, espátula nº 1 e aplicador para capeamento), papel, caneta	Tratamento realizado	out/21	CC (CD) Angélica CT (CD) Myrna Barcellos 1º Ten (RM2-CD) Juliana Fernandes 1º Ten (RM2-CD) Roubertie 3º SG-EF Lopes CB-RM2-EF Seixas CB-RM Daniela
Realizar censo odontológico dos militares alunos para avaliação final após tratamento realizado	Humanos Cadeira odontológica, mocho, Kit odontológico para exame clínico (espelho bucal, sonda exploradora e pinça de algodão), papel, caneta	Censo odontológico realizado	nov/21	CC (CD) Angélica CT (CD) Myrna Barcellos 1º Ten (RM2-CD) Juliana Fernandes 1º Ten (RM2-CD) Roubertie 3º SG-EF Lopes CB-RM2-EF Seixas CB-RM Daniela

Fonte: Elaborado pela autora

3.4 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto será realizada pela equipe da Divisão de Odontologia do CIAA, CC(CD) Angélica, CT(CD) Myrna Barcellos, 1ºTen (RM2-CD) Juliana Fernandes, 1ºTen (RM2-CD) Roubertie, 3ºSG-EF Lopes, CB-RM2-EF Seixas e CB-RM Daniela. Serão realizadas reuniões mensais com o objetivo de monitorar e avaliar a eficácia das ações propostas nas matrizes de programação, verificar se os prazos de conclusão sugeridos destas ações programadas estão sendo cumpridos, se os resultados estão dentro dos esperados e as dificuldades e eventuais erros encontrados. Vale destacar, que com base no processo de monitoramento, é relevante nessas reuniões identificar os desvios do que foi planejado, as falhas e erros, a fim de ajustar as ações de modo a corrigi-los evitando recidivas e medir os resultados. Ainda, segundo as informações obtidas por meio deste monitoramento, realizar a revisão periódica e sistemática do projeto.

Foram realizadas reuniões do tipo *brainstorming* com os cirurgiões-dentistas da Divisão de Odontologia, foram definidos conteúdo e abordagens das medidas de prevenção e promoção à saúde bucal e definida realização do censo odontológico, assim como, foi elaborada palestra de prevenção e promoção à saúde bucal e realizada inclusão no PAR de televisor de 40”, executando dentro do prazo previsto e com êxito algumas ações propostas nas matrizes de programação de ações I e II. Deste modo, este projeto de intervenção encontra-se em desenvolvimento (andamento).

Até a última reunião de gestão do projeto realizada em outubro, as maiores dificuldades encontradas foram a carência de recursos humanos, principalmente de pessoal auxiliar, uma vez que a Divisão de Odontologia do CIAA não possui praça da especialidade HD (Higiene Dental) - que corresponde ao técnico em saúde bucal - integrando a equipe e o fato dos militares concentrarem diversas demandas funcionais colaterais, além da função principal. Assim, no decorrer do desenvolvimento do projeto estas limitações serão também observadas, a fim de realizar os ajustes necessários de modo a não comprometer sua execução.

Pretende-se reduzir o alto índice de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos para a AE e melhorar a resolutividade da AB à saúde bucal no CIAA, aumentando sua efetividade, por meio da educação em saúde bucal, com a execução das ações programadas para maior conscientização dos militares alunos da importância do autocuidado e hábitos de higiene dental na prevenção às doenças bucais e do tratamento odontológico precoce evitando

agravamento das patologias. Assim sendo, busca-se alcançar a produção de uma atenção integral à saúde, com qualidade no cuidado e segurança, orientada às necessidades de saúde bucal dos militares alunos, por meio da transformação de práticas de atenção, gestão e educação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste projeto de intervenção é alcançar a redução do número de encaminhamentos odontológicos dos militares alunos do CIAA para AE e melhoria da resolatividade da AB à saúde bucal no CIAA, investindo em ações de educação em saúde bucal, de modo a promover à saúde instruindo os militares alunos quanto as medidas preventivas às doenças bucais e orientando para busca precoce de tratamento odontológico para evitar ou minimizar os agravos das doenças bucais.

Portanto, é essencial propiciar o desenvolvimento de uma mentalidade preventiva com mudança comportamental dos militares, mediante a aquisição do conhecimento quanto à prevenção e controle das doenças bucais e, consequente, formação de indivíduos mais conscientes e participativos, que poderá ser traduzido em uma melhora na saúde bucal.

Sendo ainda um estímulo a mais para o desenvolvimento deste projeto, as questões referentes aos prejuízos administrativos e financeiros que a necessidade de tratamento odontológico especializado provoca, além dos prejuízos à saúde bucal dos militares alunos, usuários do SSM.

Este projeto de intervenção encontra-se em andamento, uma vez que ainda há ações propostas a serem desenvolvidas e implementadas. Espera-se que as metas sejam alcançadas e o resultado final seja atingido, que as ações possam ser bem sucedidas resultando em uma AB à saúde bucal mais resolutiva e eficaz no CIAA, atendendo as necessidades de saúde dos militares alunos, garantindo a integralidade do cuidado e o alcance de melhor condição de saúde bucal e, consequentemente, melhor qualidade de vida.

A partir da apreciação do alcance das metas estabelecidas e dos resultados obtidos com o desenvolvimento deste projeto, observando os recursos humanos, materiais e financeiros necessários, pretende-se considerar a possibilidade de extensão aos demais militares do CIAA.

A mobilização dos profissionais envolvidos é uma peça fundamental para o sucesso deste projeto. Sendo necessário a participação de toda a equipe de forma engajada, motivada e comprometida para o alcance das metas. Estando a equipe odontológica do CIAA alinhada neste propósito.

Este curso de especialização de Gestão em Saúde ministrado pela Fundação Oswaldo Cruz trata-se de um marco na minha carreira profissional, proporcionando uma visão mais ampla do nosso ambiente de trabalho em termos gerencial, estratégico, social e econômico. Os conhecimentos adquiridos e os exemplos práticos de suas aplicabilidades contribuirão para ampliar meu raciocínio, saber e forma de pensar gestão e, simultaneamente, melhorar meu desempenho profissional e funcional. Visto que, com o passar do tempo e as promoções da carreira militar assume-se mais responsabilidades e funções com atribuições relacionadas à gestão. Assim, quando demandada a atuar gerencialmente, a realização deste curso será um diferencial para minha performance como profissional de saúde, militar e cidadã.

REFERÊNCIAS

BALDANI, M.H.; RIBEIRO, A. E.; GONÇALVES, J. R. S. N., DITTERICH, R. G. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 42, n. 1, p. 145-162, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0145.pdf>> Acesso em: 17 Agosto 2020.

BORGHI, G.; VAZQUEZ, F.; CORTELLAZZI, K.; GUERRA, L.; BULGARELI, J.; PEREIRA, A. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 18, n. 2, 2013. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122013000200005> Acesso em: 18 Junho 2020.

BOTAZZO, C.; CHAVES, S. C. L. Saúde Bucal Coletiva: Antecedentes e estado da arte. In: BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2018. 350 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf> Acesso em: 19 Julho 2020

BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-2006: Manual dos Programas de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. **Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL (2012a). Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. DGPM-401 (3a Revisão): **Normas para assistência médico-hospitalar**. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL (2012b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. 110p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 23mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília, 2011. 92 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SBBrasil_2010.pdf> Acesso em: 19 Julho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha: Entendendo o SUS**. Brasília, DF, 2006. 28 p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>> Acesso em: 18 Junho 2020.

BRASIL (2004a). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**. Brasília, DF, 2004. 148p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf> Acesso em: 23 Maio 2020.

BRASIL (2004b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004. 16p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf> Acesso em: 23mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 85, 29 dez. 2000. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>> Acesso em: 18 Junho 2020.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>> Acesso em: 18 Junho 2020.

BUISCHI, Y.P; AXELSSON, P.; SIQUEIRA, T. R. F. Controle mecânico do biofilme dental e a prática da promoção de saúde bucal. In: **Promoção de Saúde bucal na Clínica Odontológica**. Ed. Artes Médicas, 1. ed., p. 169-21, 2000.

FERREIRA, I.C. **Ações de prevenção de cárie dentária em São Gonçalo do Rio Abaixo – ESF Guanabara**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VRNS-9SQNK/1/monografia_ivagner__a__es_de_preven__o_de_c_rie_dent_ria_em.pdf> Acesso em: 17 Agosto 2020.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR; H. M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Hucitec, São Paulo, 2. ed., 2004. 296 p. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39296/689005/texto_isc_i_linha_de_cuidado_obrigatorio.pdf/a3055ea6-ad98-4091-ab08-f67ced2371f4> Acesso em: 21 Julho 2020.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p.575-625. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ESF_Giovanella_L_Mendonca_MH.pdf> Acesso em: 21 julho 2020.

GOMES, V. E; SILVA, D. D. A importância do controle de placa dental na clínica odontológica. **Arq. Odontol.**, v.46, n. 1, p. 22-27, 2010. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n1/a04v46n1.pdf>> Acesso em: 23 Setembro 2020.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Soc.**; v.20, n.4, p.867-74, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>> Acesso em: 18 setembro 2020.

LÖE, H.; THEILADE, J.; JENSEN, S. B. Experimental gingivitis in man. **J. Periodontol.**, v. 36, p.17-87, 1965.

MACHADO, W. A. S. **Periodontia Clínica**. Ed. MEDSI - Médica e Científica, p. 19-21, 2003.

MALTZ, M.; CARVALHO, J. Diagnóstico da doença cárie *In*: KRIGER L. **Promoção de Saúde Bucal –ABOPREV**, Editora Artes Médicas, 1997, p.69-91.

MATTOS JUNIOR, P. M. **Programas de Saúde da Marinha: análise e oportunidades de melhoria na captação dos usuários do Sistema de Saúde da Marinha**. Tese (Conclusão do Curso de Política e Estratégia Marítimas) - Escola de Guerra Naval, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<http://repositorio.mar.mil.br/handle/ripcmb/844448>> Acesso em: 24 julho 2020.

MILORI, S. A.; NORDI, P. P.; VERTUAN, V.; CARVALHO, J. Respostas de um programa preventivo de placa dentária bacteriana. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 23, n. 2, p.325-331, 1994. Disponível em: <<https://revodontolunesp.com.br/article/5880176e7f8c9d0a098b470c/pdf/rou-23-2-325.pdf>> Acesso em: 23 Setembro 2020.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019000501809&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 21 Julho 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. *In*: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma Ata, Cazaquistão, set., 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 18 Junho 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Canadá, 1986. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf> Acesso em: 18 Junho 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1> Acesso em: 17 Agosto 2020.

OPAS/OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde** (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965> Acesso em: 17 Agosto 2020.

PALMIER, A. C.; FERREIRA, E. F.; MATTOS, F.; VASCONCELOS, M. **Saúde Bucal: Aspectos Básicos e Atenção ao Adulto**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. 74 p. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3887.pdf> > Acesso em: 17 Agosto 2020.

PENONI, D. C.; CARLOS, J. C.; SANTOS, I. A. R.; BAPTISTA, L. S.; SOUZA, E. B.; LEÃO, A. T. T. O perfil clínico e demográfico do paciente assistido pela Odontoclínica Central da Marinha e o papel do cirurgião-dentista na atenção integral à saúde. **Revista Naval de Odontologia**, v. 45, n. 1, p. 8-15, jul. 2018. Disponível em: < <http://repositorio.mar.mil.br/handle/ripcmb/844186> > Acesso em: 24 Julho 2020.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. Ed. Santos, 4. ed., 2000.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf> Acesso em: 23 Maio 2020.

TALON, L. S. M. Programa de Saúde Bucal na Marinha: em busca de uma atitude preventiva aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha. **Revista Naval de Odontologia**, v. 39, n. 1, p. 25-32, jul. 2012. Disponível em: < <http://repositorio.mar.mil.br/handle/ripcmb/844141> > Acesso em: 24 Julho 2020.

TINOCO, E. M. B.; TINOCO, N.M.B. Diagnóstico e Prevenção das Doenças Periodontais. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. Editora Artes Médicas 1. ed., 2000, p.99-124.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 190-195, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1956.pdf>> Acesso em: 18 setembro 2020.

VON der FEHR, E.R.; LÖE, H.; THEILADE, E. Experimental caries in man. **Caries Res.**, v. 4, p. 131-48, 1970.