

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GILSIMARY SANTANA SANTOS

**PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR
A CONDIÇÃO BUCAL DE IDOSOS**

Diamantina- Minas Gerais

2012

GILSIMARY SANTANA SANTOS

**PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A
CONDIÇÃO BUCAL DE IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Diamantina - Minas gerais

2012

GILSIMARY SANTANA SANTOS

**PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR
A CONDIÇÃO BUCAL DE IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - Orientador

Profa. Lia Silva de Castilho- Examinador

Aprovado em Diamantina em 18/05/2012.

DEDICATÓRIA

À minha família pelo apoio incondicional.

À comunidade do Rio Grande, pelo acolhimento.

À equipe de saúde do PSF Renascer pelo carinho e apoio.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, que me deu o dom da vida.

Aos mestres, pela paciência e dedicação, especialmente à minha orientadora, Maria Rizioneide Negreiros de Araújo pelo carinho com que me orientou e à Cássia Evelise pela atenção.

Aos colegas de classe, especialmente Maria e Flávia.

Obrigada, vocês foram essenciais!

EPÍGRAFE

“Sempre desejada
Por mais que esteja errada
Ninguém quer a morte
Só saúde e sorte...

E a pergunta roda
E a cabeça agita
Eu fico com a pureza
Da resposta das crianças
É a vida, é bonita
E é bonita...”

GONZAGUINHA

RESUMO

A saúde bucal dos idosos foi caracterizada nos inquéritos de saúde bucal realizados no Brasil em 2003 e 2010 nos quais os números de edentulismo e doença periodontal foram altos. Estas condições indicam a ineficácia e a ineficiência de políticas de saúde bucal passadas onde os idosos e os adultos eram excluídos. O presente estudo objetiva propor um plano de intervenção para melhorar as condições bucais dos idosos adscritos na área de abrangência da equipe de saúde Renascer do município de Diamantina. Foi feita uma revisão bibliográfica sobre o tema saúde bucal do idoso e a busca dos artigos foi realizada por meio de descritores. Os autores pesquisados destacaram a preocupação com a saúde bucal dos idosos e a importância de programas que visam melhorar a qualidade de vida dessa população. Foi elaborado um plano de intervenção tendo como modelo o proposto por Cardoso; Faria e Santos (2010). Para tal, foram identificados os principais problemas que afetam a população bem como suas causas de onde foi estabelecido um modelo de intervenção. Espera-se com isto, diminuir as infecções bucais, promover saúde, e resolver os problemas relacionados à acessibilidade para a população de idosos da Estratégia de Saúde da Família Renascer.

Descritores: Saúde bucal; Saúde bucal de idosos; Assistência odontológica ao idoso.

ABSTRACT

The elderly people's oral health repeats the features showed in oral health inquiries made in Brazil in 2003 and 2010 which the numbers of edentulousness and periodontal disease have been increased. These conditions indicate the inefficiency and ineffectiveness of oral health politics in the past which elderly and adults were excluded. The present study aims to propose an intervention plan in order to improve elderly's oral condition for those are inserted into the area of Health Family Strategy Team Renascer in Diamantina. A literature review concerned elderly's oral health was proposed and the search for articles was done through key words. The authors pointed out concern over elderly's oral health and the importance of programmes to enhance the quality of life of this population. An intervention plan was made based on model proposed by Campos; Faria; Santos (2010). The main problems and their causes, which affect the population, were identified and an intervention model was established. The expectations are decreasing oral infections, promoting health, and solving the problem related to access for elderly population of Health Family Strategy Renascer.

Key words: Oral health; Elderly's oral health; Dental assistance for elderly.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
5 PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE IDOSOS	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal dos idosos no município de Diamantina, Minas Gerais, não foge aos resultados apresentados no inquérito de saúde bucal, SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010), no qual o edentulismo é grande e a doença periodontal está presente naqueles que ainda possuem dentes.

O trabalho a ser realizado é árduo e necessário porque segundo dados dos inquéritos de saúde bucal realizados em 2003 e 2010, respectivamente SB Brasil 2003 e 2010 (BRASIL, 2005, 2010) pelo Ministério da Saúde, observou-se um grande número de edêntulos neste grupo populacional, sendo o principal problema na faixa de 65 a 74 anos de onde se concluiu, infelizmente, que

[...] a perda de dentes ainda é vista pela sociedade brasileira como uma consequência normal do envelhecimento e não como resultado de falta de acesso às ações preventivas e de promoção da saúde (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011, p.11).

Em relação ao índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) os resultados giraram em torno de 27 nos citados levantamentos, sendo que o fator dentes perdidos foi o principal colaborador para o aumento deste índice. (BRASIL, 2010). Para Ribeiro (2008 *apud* VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011), os SB Brasil 2003 e 2010 mostraram que as perdas mais frequentes foram na arcada superior. No entanto, os dentes inferiores anteriores ainda permanecem após as perdas superiores. Ainda de acordo com os dados SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010), 3 milhões de idosos precisavam de próteses totais e 4 milhões de próteses parciais.

Em se tratando de doença periodontal crônica, ela é certamente o problema mais prevalente entre os idosos, segundo os inquéritos realizados. Este fato não significa necessariamente, aumento de profundidade de bolsa com o avançar da idade. No entanto, a periodontite avançada diminui entre os idosos em comparação com os adultos jovens, podendo isto estar relacionado, infelizmente, com a grande perda dental nos primeiros. Por conseguinte, o tratamento periodontal de idosos pode ser realizado na atenção primária com indicação dos

casos cirúrgicos para os Centros de Especialidades Odontológicas, quando necessário. (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011).

O município de Diamantina, Minas Gerais, cuja população é de 45.880 habitantes, apresenta um percentual de cerca de 10% desse total representando as pessoas acima de 60 anos. São mais de 4900 idosos sendo que, do total, cerca de 2.074 são do gênero masculino e 2.865 são do gênero feminino, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011).

Existem no município 11 equipes de saúde, sendo 7 delas localizadas na área urbana e 4 na zona rural. Apenas três equipes do total apresentam equipe de saúde bucal inserida. Estas três estão localizadas na zona urbana e uma delas é o PSF Renascer. Do total de indivíduos idosos do município, 361, se encontram na área de abrangência da equipe de saúde do referido PSF, distribuídos em 138 do gênero masculino e 223 do feminino. O PSF Renascer, localizado no município de Diamantina, no bairro Rio Grande apresenta uma população cadastrada, de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 3.540 usuários. Segundo diagnóstico situacional realizado em 2010, durante estudos do módulo Planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), foram detectados os seguintes problemas:

- Acúmulo de lixo;
- Violência e adição;
- Desemprego;
- Risco cardiovascular aumentado;
- Falta de opção de lazer.
- Cárie dentária

Foram detectados inúmeros problemas de saúde. Contudo, dentre os problemas priorizados, os de saúde bucal, se encontraram entre aqueles de maior relevância, principalmente por existir um fator agravador da situação, uma vez que a assistência e o acesso dos usuários cadastrados ficaram comprometidos dados a distancia do consultório odontológico, que se localiza fora da área de abrangência da equipe de saúde da família.

Pela análise de alguns pontos identificados na realização das atividades do módulo saúde bucal de idosos (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011) levantou-se a necessidade de maior aprofundamento na questão saúde bucal da população e foi colocada como problema a saúde bucal precária do idoso, se repetindo a situação do Brasil, como apontam os levantamentos.

Ainda durante os estudos da disciplina saúde bucal de idosos (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011) foram realizadas ações nas quais foram avaliadas as atividades de vida diária (AVD) e outros índices. Os achados destas realizações mostraram que dentre os idosos examinados, 73,3% eram independentes e 26,6% semidependentes para suas atividades diárias. Com relação ao índice de autopercepção o *General Oral Health Avaluation Index* (GOHAI), a média foi de 38 pontos sendo que, o menor foi 31 e o maior 48 pontos. Os resultados indicaram que a saúde bucal dos idosos avaliados não estava tão boa e isto poderia estar interferindo na qualidade de vida do grupo. Considerando que o trabalho foi realizado apenas com 15 idosos com o objetivo de aprendizagem, possibilitou-nos inferir que a totalidade dos idosos da área de abrangência estaria na mesma situação.

Na avaliação do impacto das condições da saúde bucal do idoso na vida diária desse segmento, 46% dos idosos pesquisados no SB Brasil 2010 expressaram que o impacto prevalente é a dificuldade para comer (BRASIL, 2010). Pode-se inferir a partir desses achados que os idosos da área de abrangência da UBS, também estão tendo essa dificuldade em relação à alimentação.

A assistência ineficaz do passado e o aumento populacional dos indivíduos de maior idade se constituem motivos suficientes que justificariam elaborar um plano de intervenção para melhorar a condição bucal e amenizar os efeitos das perdas passadas. Assim, a proposta do plano de intervenção irá proporcionar uma condição oral melhor aos indivíduos de 60 anos ou mais, cadastrados no PSF Renascer.

Em função do exposto, o presente trabalho objetiva elaborar uma proposta de intervenção com vistas em minimizar os danos já sofridos e prevenir agravos futuros nos longevos adscritos na área de abrangência do PSF Renascer.

2 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para melhorar condição bucal dos idosos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Renascer.

3 METODOLOGIA

A opção de fazer uma revisão bibliográfica na produção científica sobre ações para a saúde bucal de idosos, foi fundamentada na real necessidade de melhorar a condição bucal do grupo populacional em questão na área de abrangência da equipe de Saúde da Família.

A revisão bibliográfica permite buscar o que já existe de produção científica sobre determinado tema e aplicá-lo na prática ou incorporar outro conhecimento construído a partir dos identificados.

Neste trabalho optou-se por fazer uma revisão bibliográfica em periódicos nacionais sobre a assistência a saúde bucal do idoso com a finalidade de subsidiar a elaboração de um plano de ação para esse segmento da sociedade que a cada dia vem aumentando quantitativamente a sua participação nos serviços de saúde.

Para a busca nos periódicos nacionais, definiu-se a priori, trabalhar somente com os artigos escritos em português e publicados integralmente.

O banco de dado pesquisado foi o LILACS (Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e ainda foram utilizados os sites oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Para a busca dos artigos na BVS utilizou-se os seguintes descritores: Saúde bucal; Saúde bucal de idosos; Assistência odontológica ao idoso; Transição demográfica;

Considerando a amplitude do tema optou-se por não definir período de tempo para a busca, mas priorizaram-se os artigos mais recentes, ou seja, nos últimos 10 anos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A política de saúde bucal vigente no Brasil atualmente tem o cuidado como eixo de reorientação do modelo, no qual a saúde não se limita a assistência aos doentes, mas sim na qualidade de vida e na intervenção dos fatores de risco (BRASIL, 2004). Entre os inúmeros pressupostos em que este modelo está baseado, está o de “*assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita*” (BRASIL, 2004, p.4). Ações estas, voltadas para indivíduos de todas as idades garantindo assim o acesso ampliado. Além disso, a política ainda integra a Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica. A Política Nacional de Saúde Bucal, chamada Brasil Sorridente, é um programa que engloba diversas ações do ministério da saúde com o objetivo de melhorar a saúde bucal da população brasileira.

Para Nickel *et al.*, (2008), anterior a esta política, vigorava o Sistema Incremental, caracterizado por ser excludente uma vez que a assistência era dada a crianças de 6 a 14 anos ficando os adultos e idosos fora de quase todas as ações de saúde bucal. O modelo incremental teve sua importância porque quebrou a hegemonia da livre demanda dos consultórios, mas, foi construído em um dado momento em que o planejamento e outros pontos estavam em um patamar inferior se comparados com o de hoje. Porém, “*pode-se dizer que o “incremental” é um sistema ultrapassado para a atual odontologia, preocupada com a prevenção da doença*” (NICKEL *et al.* 2008, p.243).

A população de idosos tende a crescer. Para Brito (2007) a transição demográfica e epidemiológica no Brasil ocorrida nos últimos anos aponta para um gradativo envelhecimento da população traduzindo-se em um aumento populacional de pessoas com sessenta e cinco anos ou mais.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), o envelhecimento que vem ocorrendo no Brasil e em quase todas as regiões do mundo, é considerado a maior conquista da humanidade de todos os tempos.

Até 2025, o Brasil será o sexto em número de idosos (OMS, 2002). Entre as inúmeras consequências implicadas neste fato, está o aumento na demanda dos serviços de saúde.

Sob esta perspectiva, um olhar para a saúde bucal deve ser levado em consideração uma vez que este grupo se encontra em desvantagem se compararmos com a assistência prestada à criança e ao jovem em detrimento dos indivíduos de maior idade (VIANA *et al.*, 2010). Ainda comentam:

[...] A observação da elevada prevalência do edentulismo na terceira idade retrata a ineficiência e ineficácia dos programas de saúde bucal propostos para esse estrato populacional, que encerra em si características excludentes de acesso e estáticas de controle e acompanhamento; ainda, reflete o perfil iatrogênico-mutilador da assistência oferecida pelos serviços odontológicos ao longo da vida desses indivíduos. (VIANA *et al.* 2010, p. 319).

Segundo Pinto (1997) historicamente, a população brasileira não tinha acesso a creme dental, escova, água fluorada e ao dentista. O não acesso culminou com o edentulismo. O profissional só era procurado para condições emergenciais inviabilizando o tratamento quer por falta de condições econômicas ou por estado avançado de danos.

Para Dias *et al.* (2008), o edentulismo foi agravado pelas práticas mutiladoras de exodontia empregadas pelos profissionais. Ele gera fortes impactos orgânicos e psicológicos na vida do idoso, uma vez que o uso de próteses provoca diminuição do fluxo salivar e capacidade mastigatória interferindo na deglutição adequada. Para Werner *et al.* (1998), a saúde bucal tem papel relevante para a qualidade de vida do idoso. Assim, uma saúde bucal deficiente afeta o nível nutricional, o bem estar físico e mental.

Gaião *et al.*, (2008 p.322) ressaltam que o elevado valor do CPOD principalmente pelo componente dente perdido, se deve à “*prática odontológica mutiladora e a iniquidade no acesso aos serviços, aos quais os idosos foram submetidos no passado*”.

Para Araújo *et al.* (2006), o acesso aos serviços odontológicos pelos idosos, bem como a preparação de seus cuidadores no sentido de conscientizá-los da manutenção da saúde oral, são aliados importantes para a autonomia e melhora do quadro geral do indivíduo.

Ainda ressaltam que:

A Promoção de Saúde pode ser realizada em ambientes multigeracionais, como a família, já que a maioria dos idosos vive em comunidade; em grupos frequentados pelos idosos, como igrejas, associações e na Universidade Aberta para a Terceira Idade; em escolas com crianças e adolescentes, de modo que estes compartilhem o conhecimento com os avós; deste modo, a Promoção de Saúde tem o objetivo de valorizar os idosos estimulando, também, uma maior autonomia quanto à sua saúde. (ARAÚJO *et al.*, p. 209).

De acordo com Silva e Fernandes (2001, p. 353) num contexto de abandono a que o grupo populacional em questão foi submetido, *“uma das áreas que poderiam ser mais bem exploradas é a das ações de educação em saúde com ênfase na autoproteção e na auto percepção”*, criando-se assim a ideia de necessidade do cuidado em saúde oral. Sugerem ainda que a auto avaliação da saúde bucal muitas vezes contrasta com a real condição clínica sugerindo que a visão do paciente está sob uma perspectiva diferente do profissional. Deste modo, *“mesmo com um CPO com valor de 26,7, 60,4% das pessoas declararam não ter nenhum problema com seus dentes”*. Vaccarezza *et al.* (2010, p.136) em estudo realizado com idosos concluíram que *“a maioria das pessoas vê sua condição bucal de maneira favorável mesmo em condições clínicas não satisfatórias”*. Isto pode ser indicativo de que a saúde bucal poder estar dissociada da saúde geral para estes indivíduos.

Martins *et al.* (2008), em relação à auto percepção da necessidade de tratamento, demonstraram que ela é influenciada pelo uso dos serviços sendo maior entre os que fizeram uso de tais. Ainda comentam que a auto percepção da necessidade de tratamento está associada à informação, às condições de saúde bucal e às necessidades subjetivas. Isto indica a necessidade de educação em saúde para estimular o autoexame a fim de detectar precocemente as doenças bucais.

O acesso aos serviços odontológicos viabiliza a inserção do idoso nas atividades da sociedade, melhorando a autoestima e a qualidade das relações afetivas. (DIAS *et al.*, 2008). Para viabilizar o acesso, Werner *et al.* (1998, p. 60), sugeriram que *“localidades não tradicionais para o atendimento dentário (domicílios particulares, lar de idosos e leitos de hospitais) deverão se tornar rotineiramente utilizados pelo dentista e sua equipe”*.

Compreender a condição social, emocional, econômica, cognitiva e sistêmica do idoso se faz necessário para formular um plano preventivo e terapêutico adaptado à realidade vivenciada,

sendo que as doenças bucais e o edentulismo são consequências das condições de vida e acesso aos serviços (MINAS GERAIS, 2006).

5 PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE IDOSOS

De acordo com estudos do módulo Planejamento e avaliações das ações de saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), existe um método de planejamento para processar os problemas identificados no diagnóstico situacional, de onde devemos elaborar um plano de ação para intervenção sobre um problema selecionado. Para melhor clareza do método, pode-se dividi-lo em etapas, a saber:

- Definição dos problemas;
- Priorização dos problemas;
- Descrição do problema selecionado;
- Explicação do problema;
- Seleção dos nós críticos;
- Desenho das operações;
- Identificação dos recursos críticos;
- Análise de viabilidade do plano;
- Elaboração do plano operativo;
- Gestão do plano.

5.1 Definição dos problemas

De acordo com o módulo de planejamento (CAMPOS; FARIA e SANTOS; 2010), ao identificar um problema, devemos considerar se ele é finalístico ou terminal (são aqueles vividos diretamente pelos usuários da organização), sendo que os problemas intermediários (aqueles vividos no cotidiano da organização) fazem parte da cadeia de causas do problema. Assim foram definidos e categorizados os seguintes problemas:

- Grande número de infecções bucais; (**Problema finalístico**).
- Falta de acessibilidade ao consultório; (**Problema intermediário**).

- Grande número de desdentados sem próteses ou próteses inadequadas; (**Problema finalístico**).

5.2 Priorização dos problemas

Após definição é necessário priorizar os problemas enfrentados; Os problemas serão priorizados de acordo com os critérios: importância (alto, médio ou baixo); urgência (pontos variando de 0 a 4); capacidade de enfrentamento pela equipe (total, parcial ou fora).

Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Grande número de infecções bucais	<i>alta</i>	4	total	1
Falta de acessibilidade ao consultório	<i>alta</i>	4	parcial	2
Falta ou próteses inadequadas	<i>alta</i>	3	parcial	3

5.3 Descrição dos problemas

Significa caracterizar os problemas para “*ter-se a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta numa determinada realidade*” (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

O município de Diamantina não apresenta dados suficientes para uma análise mais profunda no que diz respeito à saúde bucal. Os dados no sistema de informação, bem como a não realização de um levantamento epidemiológico no município não permitem um embasamento consistente sobre a saúde bucal da região. Porém, nas observações da equipe tem ocorrido um aumento de queixas de pacientes idosos com relação à apresentação de candidoses e doença periodontal.

A acessibilidade está comprometida pelo consultório odontológico não estar na área de abrangência da equipe de saúde do PSF Renascer. Ele está localizado no Centro de Especialidades Odontológicas do município. A equipe de saúde bucal modalidade 1, composta por cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, realiza as ações de prevenção e promoção no âmbito da área de abrangência. No entanto, os procedimentos individuais ainda permanecem distantes para a faixa populacional idosa, uma vez que a distância afeta diretamente o acesso deste grupo.

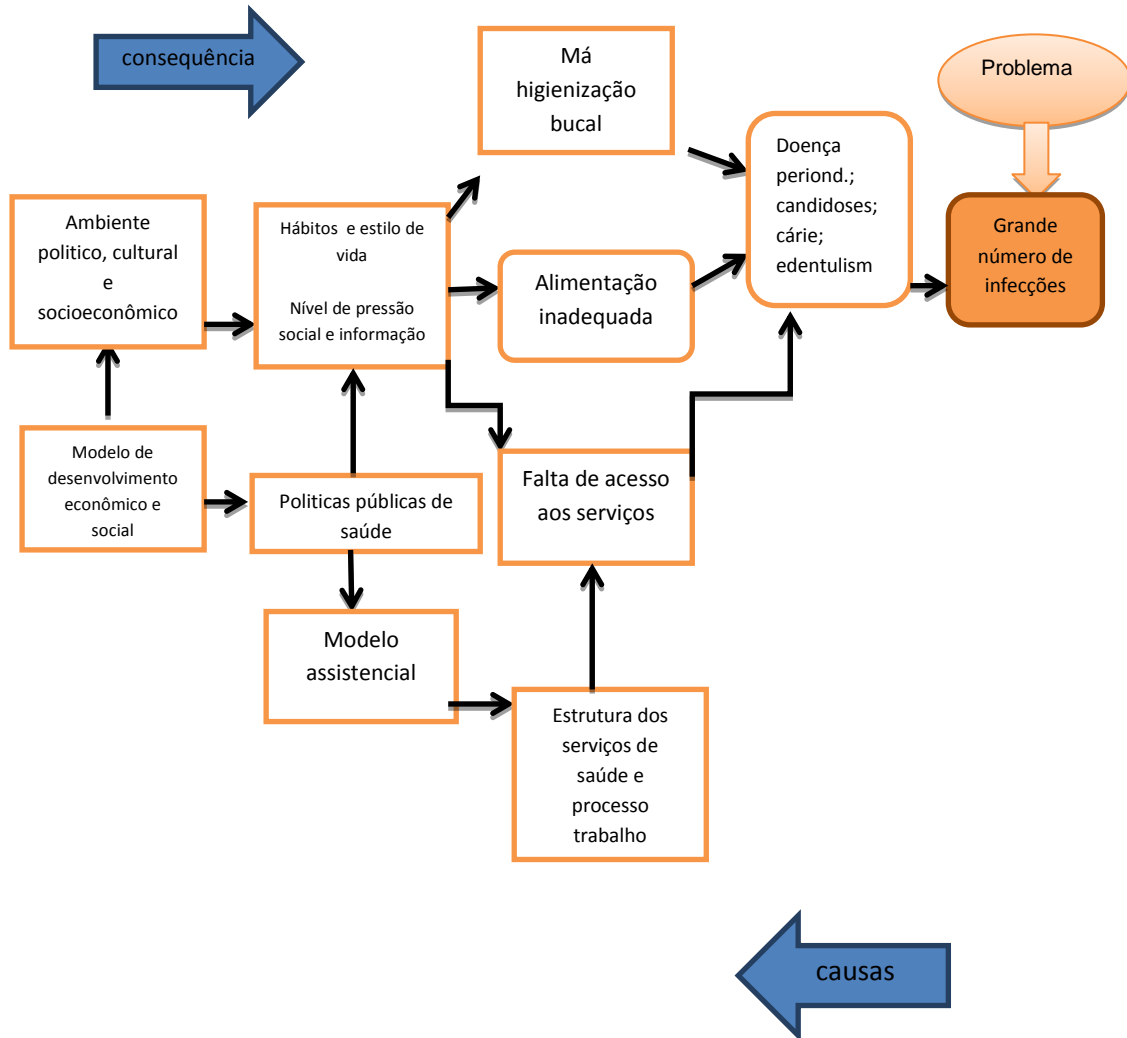
Em visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde bucal, 100% dos indivíduos visitados acima de 60 anos apresentavam próteses inadequadas ou precisavam de pelo menos uma prótese (parcial ou total). Foi visitado um número de 124 famílias, totalizando 372 pessoas dos quais o número de idosos foi de 38.

5.4 Explicação do problema

Um problema origina-se de outro, assim, identificar as causas significa compreender a gênese do problema. (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Foi traçada uma árvore explicativa com o problema priorizado, que foi o grande número de infecções bucais nos quais a equipe vem observando durante as atividades diárias e de acordo com as queixas apresentadas pelos usuários.

Arvore explicativa para o problema grande número de infecções bucais



5.5 Seleção dos nós-críticos

O nó-crítico “é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo” (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010, p.65).

O nó- crítico é algo que está dentro da governabilidade do ator que planeja, ou seja, o enfrentamento do problema pode ser viabilizado.

Assim, os nós críticos para o problema grande número de infecções bucais são:

- Hábitos e estilo de vida;
- Nível de informação;
- Estrutura do serviço de saúde;
- Processo de trabalho da equipe de saúde bucal;

5.6 Desenho das operações

Neste passo deve-se: descrever as operações para enfrentar os nós-críticos; identificar os produtos, os resultados e os recursos para as operações (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010). Os recursos podem ser econômicos (ou financeiros), organizacionais (estrutura física, equipamentos, recursos humanos); cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados) e de poder (recursos políticos)

Desenho das operações

Nó-crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	<i>Sorriso saudável</i> (modificar hábitos e estilo de vida)	Diminuir o número de infecções bucais.	Campanhas educativas lúdicas sobre higiene oral e hábitos alimentares com o grupo de caminhada e na rádio local.	Organizacional- para organizar a campanha. Cognitivo- informação sobre o tema e estratégia de divulgação. Político- conseguir espaço na rádio e mobilização social. Financeiro- material para campanha (papel, tinta, camisetas, escovas dentais, etc)
Nível de informação	<i>Nunca é tarde para aprender</i> (aumentar o nível de informação sobre doenças bucais que acometem a terceira idade)	População mais informada sobre saúde bucal	Avaliação da autopercepção sobre saúde bucal para nortear as ações; Capacitação para ACS e cuidadores.	Cognitivo- informação e estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional- organizara agenda. Político- mobilização social.
Estrutura do serviço de saúde	<i>Recuperando o tempo perdido</i> (melhorar a estrutura do serviço em relação ao atendimento individual)	Realização de atendim. domiciliar melhorando problema do acesso e aumento da oferta de próteses.	Capacitação de pessoal; compra material de consumo e instrumental;	Político – decisão de aumentar a estrutura do serviço. Financeiro- recurso para compra de material e instrumental; Cognitivo- elaboração do projeto de adequação
Processo de trabalho da equipe	<i>Cuidando</i> (implantar protocolos de atendimento)	Cobrir o máximo possível a população	Criação protocolo para atendimento local; capacitação recursos humanos.	Cognitivo- elaboração de linhas de cuidado e protocolos. Político- adesão dos profissionais. Organizacional- organizar fluxo de referencia/contra referencia.

5.7 Identificação dos recursos críticos

Recursos críticos são aqueles indispensáveis e não disponíveis para a realização de uma operação. É necessário criar estratégias para viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Recursos críticos

Operação/projeto	Recursos críticos
<i>Sorriso saudável</i>	Político – espaço na radio local Financeiro- material para a campanha
<i>Nunca é tarde para aprender</i>	Político- mobilização social
<i>Recuperando o tempo perdido</i>	Político- decisão de alterar a estrutura de serviço; Financeiro- aquisição de materiais.
<i>Cuidando</i>	Político – adesão dos profissionais

5.8 Análise da viabilidade do plano

Neste passo deve-se “identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano” (CARDOSO; FARIA e SANTOS, 2010).

O ator envolvido pode posicionar-se com motivação:

- Favorável: o ator que controla o recurso crítico coloca-o a disposição daquele que planeja.
- Indiferente: não está claro se o ator que controla fará oposição ou não mediante uso do recurso crítico.
- Contrária: é a oposição clara à utilização do recurso.

Deste modo, define-se as operações da seguinte maneira:

Operação/ projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
<i>Sorriso saudável</i>	Político – espaço na radio local Financeiro- material para a campanha	Setor de comunicação Secretário de saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
<i>Nunca é tarde para aprender</i>	Político- mobilização social	Usuários; Profissionais	Indiferente Indiferente	Apresentar o projeto para os pares
<i>Recuperando o tempo perdido</i>	Político- decisão de alterar a estrutura de serviço; Financeiro- aquisição de materiais.	Prefeito; Secretário de saúde; Fundo Nacional de Saúde.	Indiferente Indiferente	Apresentar o projeto aos pares
<i>Cuidando</i>	Político – adesão dos profissionais	Profissionais	Indiferente	Construir o projeto juntamente com os pares

5.9 Elaboração do plano operativo

Neste passo deve se definir os gerentes para cada operação e definir os prazos para a execução (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Responsável	Ações estratégicas	Prazo
Sorriso saudável (modificar hábitos e estilo de vida)	Diminuir o numero de infecções bucais.	Campanhas educativas lúdicas sobre higiene oral e hábitos alimentares com o grupo de caminhada e na radio local.	Dentista, médico, enfermeira da UBS.	Não é necessária	Três meses para iniciar atividades
Nunca é tarde para aprender (aumentar o nível de informação sobre doenças bucais que acometem a terceira idade)	População mais informada sobre saúde bucal	Avaliação da autopercepção sobre saúde bucal para nortear as ações; Capacitação para ACS e cuidadores.	Dentista e técnico e auxiliar de saúde bucal.	Apresentar o projeto para os pares	Início em quatro meses e término em seis meses; início em dois meses e término em 3 meses
Recuperando o tempo perdido (melhorar a estrutura do serviço em relação ao atendimento individual)	Realização de atendim. domiciliar melhorando problema do acesso e aumento da oferta de próteses.	Capacitação de pessoal; compra material de consumo e instrumental;	Dentista	Apresentar o projeto aos pares	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos ; quatro meses para compra do equipamento. início em quatro meses e finalização em oito meses.
Cuidando (implantar protocolos de atendimento)	Cobrir o máximo possível a população	Criação protocolo para atendimento local; capacitação recursos humanos.	Enfermeira, médico, dentista e técnico em saúde bucal	Construir o projeto juntamente com os pares	Início em três meses e término em 12 meses.

5.10 Gestão do plano

Aqui, desenha-se o modelo de gestão, discute e define o acompanhamento do plano (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Planilha sugerida para acompanhamento de projetos:

Nome da operação:				
Coordenação:		Avaliação após 6 meses do início		
Produtos	Responsável	Situação atual	Justificativa	Novo
prazo				

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do quadro de exclusão que marcou os sistemas passados, uma proposta de intervenção em saúde bucal de idosos, contribui para amenizar as perdas sofridas por esta faixa populacional. Espere-se com esta proposta, melhorar a condição oral do grupo, beneficiando a saúde geral do indivíduo e devolvendo uma possível autoestima perdida mediante os problemas estéticos e funcionais trazidos por uma má condição oral da população idosa adscrita na área de abrangência do PSF Renascer. Além disso, espera-se conseguir uma mobilização da equipe de saúde no sentido de construir ações de promoção, prevenção e educação que contemplem o referido grupo.

Em médio prazo, as ações, se cumpridas com rigor, poderão contribuir para a diminuição das infecções orais, tais como candidoses, doença periodontal, cáries radiculares assim como restabelecimento das funções mastigatória e estética com a recuperação da dimensão vertical perdida. Mas todas essas ações devem respeitar, via de regra, a percepção do próprio indivíduo em relação à sua saúde bem como seus saberes, valores e cultura.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S.S.C *et al.* Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol.10, núm.19, janeiro-junho, p. 203-216, 2006. Disponível em: < <http://redalyc.uamex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180114102014> > Acesso em 22 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004. Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/.../politica_nacional_brasil_sorridente.pdf > Acesso em 11 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406 Acesso em: 11 fev. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde bucal/Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. – Brasília: MS, 2006, **Caderno de Atenção Básica**, número 17, Saúde Bucal, 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010 Brasília, 2010. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/apresentacao_abbrasil_2010.pdf > Acesso em: 11 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>> . Acesso em: 11 fev. 2012.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007. 28p. Disponível em: < www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20318.pdf > Acesso em 14 ago. 2011.

CAMPOS, C. C. de.; FARIA, H. P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Coopmed, 2010. 114p.

DIAMANTINA. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. 2012.

DIAS, L.C.S. *et al.* **Interferência da condição bucal de idoso em sua vida social e afetiva.** Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2008. Disponível em: < www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario.../2008/D08A135.pdf > Acesso em 20 jan. 2012.

GAIÃO, L. R; ALMEIDA, M. E. L; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.8,n. 3, p. 316-323, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo demográfico**, 2010. Disponível em : < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> > Acesso em 20 fev. 2012

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, M.S.; PORDEUS, I. A.; Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. **Revista de Saúde Pública.** v. 42, n.3, p.487-96, 2008.

MINAS GERAIS, Secretaria Estadual de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006, 290 p.

NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; SILVA, B. B. da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2.p. 241-246, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 60 p., 2005.

PINTO, Vitor Gomes. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIEGER, L. (coord.). **ABROPREV: promoção de saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas, 1997, p.27-42.

SOUZA, M. R. de.; GENESTRA, M.; A Terceira idade na região sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro e a importância da inclusão da odontogeriatrics no currículo odontológico. **Odontologia Clín. Cientí.**, Recife, v.2, n.3:p. 217-224, set/dez- 2003.

SILVA, S. R.C. da.; FERNANDES, R.A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 35, n.4: p. 349-355, 2001.

RIBEIRO, M. T. F. *et al.* Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n. 4, p. 1285-1292, ago. 2008. *apud* VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. F.; **Saúde Bucal: atenção ao idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011, 68p.

VACCAREZZA, G. F.; FUGA, R. L.; FERREIRA, S.R.P. Saúde Bucal e qualidade de vida dos idosos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. São Paulo, v. 22, n.2: p. 134-137, mai-ago, 2010.

VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. F.; **Saúde Bucal: atenção ao idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011, 68p.

VIANA, A. A. F. *et al.* Acessibilidade dos idosos brasileiros aos serviços odontológicos. **RFO**, Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 319-324, set./dez. 2010.

WERNER, C.W. *et al.* Odontologia geriátrica. **Revista da faculdade de Odontologia de Lins**. São Paulo, v.11, n.1: p.62-69, jan/jun.1998.