

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

HUGO GIORDANO TAVARES

**PERDAS DENTÁRIAS PRECOCES NA POPULAÇÃO DA**  
**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO GERALDO, PIRAPORA/MG:**  
**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Corinto/MG  
2014

HUGO GIORDANO TAVARES

**PERDAS DENTÁRIAS PRECOSES NA POPULAÇÃO DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO GERALDO, PIRAPORA/MG:  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Corinto/MG  
2014

HUGO GIORDANO TAVARES

**PERDAS DENTÁRIAS PRECOCES NA POPULAÇÃO DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO GERALDO, PIRÁPORA/MG:  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora:

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Prof. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (examinador)

**Aprovada em Corinto: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

“A melhor obra é a que se realizassem preocupação do êxito imediato; e o mais glorioso esforço é aquele em que se põem as esperanças mais além do horizonte visível”

(Rodó)

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus e a minha esposa Maria Edna pelo auxílio incondicional, ao orientador Heriberto Fiuza pelos ensinamentos e disponibilidade. Aos familiares e amigos pelo apoio e compreensão.

## RESUMO

O levantamento de necessidades realizado na área de abrangência da unidade Básica de Saúde (UBS)-São Geraldo, em Pirapora, MG, detectou um elevado índice de perdas dentárias precoces. No intuito de minimizar estas perdas, foi elaborado um plano de intervenção, que contemplou a elaboração de estratégias com o objetivo de estruturar/organizar os serviços de saúde para enfrentar as principais causas das perdas dentárias que são respectivamente; cárie e doença periodontal. Um levantamento de necessidades foi realizado em uma amostra não probabilística, intencional e envolveu 300 pessoas da comunidade do São Geraldo, sendo avaliadas 60 pessoas de cada faixa etária (5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos). Nas faixas etárias de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos avaliou-se a prevalência e a gravidade da cárie dentária e na população de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, avaliou-se também a extensão e gravidade da doença periodontal. As perdas dentárias se associam e mantém relação com diversos fatores à exemplo: hábitos de vida inadequados, baixa acessibilidade aos serviços de saúde, deficiências no processo de trabalho da equipe e baixo grau de informação/conscientização da população à respeito de questões de saúde bucal. O plano de intervenção proporcionará dessa forma, a médio prazo, melhorias nas condições de saúde bucal e qualidade de vida da população adscrita, na medida em que, proporcionará uma redução no número de perdas dentárias que acabam por comprometer a capacidade funcional e estética dos pacientes.

**Palavras Chave:** Levantamento de necessidades. Cárie. Doença periodontal. Perdas dentárias.

## ABSTRACT

The needs assessment conducted in the area covered by the Basic Health Unit (BHU) - São Geraldo, municipality of Pirapora, MG, detected a high rate of early dental loss. In order to minimize these losses, an intervention plan, which included the development of strategies aiming to structure/organize health services to address the main causes of tooth loss (caries and periodontal disease), was prepared. The needs assessment was conducted in a non-probabilistic intentional and involved 300 people in the São Geraldo community sample, 60 people from each age group (5, 12, 15-19, 35-44 and 65-74 years) being evaluated. At ages 5, 12, 15-19, 35-44 and 65-74 years assessed the prevalence and severity of dental caries and the population of 12, 15-19, 35-44 and 65-74 years assessed it is also the extent and severity of periodontal disease. Tooth loss are associated and maintains relationship with several factors for example: inadequate lifestyle, low accessibility to health services, deficiencies in the process of team work and low level of information/public awareness about the issues of oral health. The intervention plan will provide that way in the medium term, improvements in oral health status and quality of life of the enrolled population, in that it will provide a reduction in tooth loss that ultimately compromise the aesthetic and functional capacity of patients.

**Key-Words:**Needs assessment. Caries. Periodontal disease. Tooth loss.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** - Descritores do problema: perdas dentárias precoces; número de exodontias realizadas pela equipe de saúde bucal do PSF- São Geraldo - referência maio 2012 a maio 2013, Pirapora/MG. -----26

**Quadro 2-** Desenho de operações para os “nós críticos” das perdas dentárias precoces na UBS-São Geraldo- Pirapora/MG. -----30

**Quadro 3** - Propostas de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de ação para o enfrentamento das Perdas Dentárias Precoces na UBS- São Geraldo – Pirapora/MG. -----33

**Quadro 4-** Plano operativo para enfrentamento do problema: perdas dentárias precoces na UBS- São Geraldo – Pirapora/MG. -----37



## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Árvore explicativa do problema: perdas dentárias precoces na UBS- São Geraldo- Pirapora/MG. -----29

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1**- Média do índice ceo-d (5 anos), CPO-D (Demais dentes) e proporção dos componentes em relação ao ceo-d ou CPO-D total, segundo grupo etário, Bairro São Geraldo, Pirapora/MG. Brasil, 2014. -----22

**Tabela 2**- Percentual de indivíduos segundo Condição Periodontal medida pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI) e grupo etário, Bairro São Geraldo- Pirapora/MG, 2014. -----23

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

ART - Tratamento Restaurador Atraumático

CD - Cirurgião-dentista

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CPI -Índice Periodontal Comunitário

CPO-D - Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados.

Cpo-d - Índice de Dentes Decíduos Cariados, Perdidos ou Obturados

CNES- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Equipe de Saúde da Família

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA- Instituto Pesquisa Econômica

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNE – Portadores de Necessidades Especiais

SES- Secretaria Estadual de Saúde

SIAB - Sistema de Informações de Atenção Básica

SME -Secretaria Municipal de Educação

SRE- Secretaria Regional de Educação

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2. CONHECENDO O MUNICÍPIO – PIRAPORA/MG</b>	<b>14</b>
<b>3. CONHECENDO A COMUNIDADE- SÃO GERALDO</b>	<b>17</b>
<b>4. JUSTIFICATIVA</b>	<b>18</b>
<b>5. OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
<b>6. METODOLOGIA</b>	<b>20</b>
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>22</b>
<b>8. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>25</b>
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>41</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Para se determinar a situação de saúde bucal de uma população, muitas vezes faz-se necessário a realização de um levantamento de necessidades, por não prescindir de informações epidemiológicas obtidas a partir de dados primários (BRASIL, 2010).

O levantamento de necessidades é um instrumento de vigilância epidemiológica que mensura as necessidades individuais e coletivas em saúde bucal. Refere-se a um exame visual da cavidade bucal e registro dos dados em um formulário para a posterior análise e tomada de decisões na assistência à saúde. É utilizado com a finalidade de planejamento das ações de saúde bucal, subsidiando o agendamento para o atendimento individual e orientando a frequência da participação das pessoas nos procedimentos coletivos. Trata-se de um indicador individual que gera uma classificação coletiva. Possibilita uma configuração quantificada e qualificada das necessidades de atenção dos grupos, dividindo as necessidades da população em categorias de acordo com a complexidade e o tipo de recurso humano requerido (SÁ, 2005).

Segundo Palmier (2010) a cárie e a doença periodontal representam em conjunto as principais causas de perdas dentárias precoces e colaborando para isso tivemos ao longo de anos um modelo de atenção à saúde fortemente centrado em ações mutiladoras e não voltado para prevenção e promoção da saúde, focado apenas em procedimentos curativos.

A cárie dentária pode ser definida como uma destruição localizada dos tecidos dentais causada pela ação das bactérias. A desmineralização dos tecidos dentais (esmalte, dentina ou cemento) é causada por ácidos, especialmente o ácido láctico, produzido pela fermentação bacteriana dos carboidratos da dieta, geralmente a sacarose. A baixa do pH ocasiona dissolução do esmalte e transporte do cálcio e fosfato para o meio ambiente bucal. Ao longo dos anos, pesquisas revelaram uma multiplicidade de fatores causais ou determinantes que podem influenciar ou não a cariogenicidade da placa. Dessa forma, pode-se caracterizar a cárie como uma doença multifatorial (BUISCHI, 2000).

Já a doença periodontal é uma doença infecto-inflamatória que acomete os tecidos de suporte (gengiva) e sustentação (cimento, ligamento periodontal e osso) dos dentes. Caracteriza-se pela perda de inserção do ligamento periodontal e destruição do tecido ósseo adjacente. A evolução deste processo leva à perda dos dentes, pois o comprometimento e a destruição, pela ação bacteriana, acúmulo de tártaro e inflamação destas estruturas colaboram para a formação de bolsas periodontais que levam à mobilidade dentária, e conseqüentemente a perdas dentárias (LINDHE, 1999).

O levantamento de necessidades realizado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde(UBS)-São Geraldo detectou um elevado índice de perdas dentárias precoces. No intuito de minimizar estas perdas, foi elaborado um plano de intervenção, que contemplará a elaboração de estratégias com o objetivo de estruturar/organizar os serviços de saúde para enfrentar as principais causas das perdas dentárias, que são respectivamente, cárie e doença periodontal. Poderá proporcionar dessa forma, a médio prazo, melhorias nas condições de saúde bucal e qualidade de vida da população adscrita.

## **2. CONHECENDO O MUNICÍPIO – PIRAPORA/MG**

O município de Pirapora teve, há algumas décadas, uma importante função como centro econômico e entroncamento de transporte intermodal da região norte e noroeste do estado. Com a perda do seu antigo aeroporto e de suas linhas aéreas regulares, da estação ferroviária e do trem diário para a capital do estado e da navegação pelo Rio São Francisco, com barcos para Juazeiro, no estado da Bahia e Petrolina, em Pernambuco, perdeu a maior parte dessa função, atualmente preenchida, principalmente, pela cidade de Montes Claros (IBGE, 2010).

O Distrito de Pirapora foi criado em 1847, no Município de Várzea da Palma, e seis anos depois, em 1853, foi anexado ao Município de Curvelo; passou, em 1783, a integrar o Município de Jequitaiá e voltou a pertencer a Curvelo em 1875. Em 1884, foi novamente anexado a Jequitaiá. Em decorrência da Lei Provincial 44, perdeu a condição de distrito, reconquistando-a em 1891, pela Lei Estadual Dois, de 14 de setembro, que criou novamente o distrito com o nome de São Gonçalo das Tabocas e sede na povoação de Pirapora. Em 30 de agosto de 1911, foi criado o Município pela Lei Estadual 556 e, quatro anos depois, em 18 de setembro de 1915 (Lei 663), a sede municipal ganhou foros de cidade. Segundo a divisão administrativa vigente, o município é constituído de dois distritos: Pirapora e Buritizeiro. Até 1936, Pirapora foi termo da Comarca de Curvelo. A comarca de Pirapora foi criada pelo Decreto 545, de 19 de março de 1936. De acordo com a divisão judiciária vigente, estão a ela subordinados os termos de Jequitaiá, Lassance e Várzea da Palma.

Seus principais produtos são: ligas de alumínio, ligas de ferro, tecidos e uvas. A pesca e o turismo também fazem parte da economia local. Pirapora é o segundo maior polo de industrialização do Norte de Minas Gerais, sendo classificada, portanto, como uma cidade de porte médio em relação a sua estrutura e funcionabilidade dentro de sua microrregião, isto é, sua capacidade de produção e prestação de serviços.

Pirapora encontra-se inserida na área de jurisdição da Agência do Desenvolvimento do Nordeste e é representada pela Associação dos

Municípios do Médio São Francisco. A Microrregião de Pirapora é constituída por nove cidades: Buritizeiro, Várzea da Palma, Ibiaí, Jequitaí, São Romão, Lassance, Riachinho, Santa Fé de Minas e Lagoa dos Patos, tem sob sua área de influência, aproximadamente 23 113 km<sup>2</sup> e uma população superior a 150 000 habitantes.

O município tem uma economia sólida que o diferencia de outras cidades vizinhas, como polo industrial, prestador de serviços e gerador emprego e renda. Situada a 370 km ao norte de Belo Horizonte, Pirapora marca o ponto inicial da navegação no Rio São Francisco. Segundo maior centro industrial da região mineira do Vale do São Francisco. Cidade de praia fluvial e cachoeiras, atrai turistas de Montes Claros (170 km), Brasília (520 km) e Belo Horizonte. Tem um carnaval animado em fevereiro e outro carnaval temporão igualmente movimentado. Sua praia apresenta águas cristalinas de junho a outubro. Possui porto fluvial e agora volta a possuir o vapor para passeios e viagens turísticas. Sua população é de pouco mais de 50 000 habitantes. Possui comércio movimentado e seis agências bancárias: Bancoob, Bradesco, Brasil, Itaú, Caixa Federal, Nordeste. A indústria têxtil e metalurgia são as principais empregadoras de mão de obra fabril.

A cidade de Pirapora é composta dos seguintes bairros: Centro, Santo Antônio, Bom Jesus 1, Bom Jesus 2, Santos Dumont, São João Batista, Santa Terezinha, Aparecida, Sagrada Família, Industrial, São Geraldo, Cícero Passos, Cidade Jardim, Santa Mariana, Nova Pirapora, Cidade de Deus, Alvorada, Conjunto Veredas, Cinquentenário, Canjamba, Vargem do Amargoso, Nossa Senhora de Fátima, Nossa Senhora do Rosário

Em Pirapora a Prefeitura, com a finalidade de proporcionar atenção integral à saúde, já cadastrou mais de 11 mil famílias, o que representa 86% da população local. Cada equipe do PSF é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e 07 agentes comunitários. Ao todo, são 13 equipes de profissionais atuando em vários bairros, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos moradores. Os PSFs são os seguintes: Unidade de Saúde do Bairro Bom Jesus, Unidade de Saúde do Bairro Cícero Passos, Unidade de Saúde do Bairro Cidade Jardim, Unidade de Saúde do

Bairro Nossa Senhora Aparecida<sup>1</sup>, Unidade de Saúde do Bairro Santa Terezinha, Unidade de Saúde do Bairro Santos Dumont, Unidade de Saúde do Bairro Industrial, Unidade de Saúde do Bairro São João, Unidade de Saúde do Bairro Santo Antônio, Unidade de Saúde do Bairro São Geraldo, Unidade de Saúde do Bairro Nova Pirapora.

Em relação à saúde, Pirapora também conta com o programa Sorriso, que tem por objetivo levar atendimento odontológico gratuito para quase 7 mil crianças matriculadas nas Escolas da Rede Pública. As ações do Programa dividem-se em preventivas (escovação supervisionada e aplicação de flúor) e curativas (tratamento restaurador) realizadas em 9 consultórios odontológicos distribuídos, estrategicamente, no município. Para promover a saúde bucal os profissionais do Sorriso realizam palestras, gincanas, concursos e apresentações teatrais em escolas e creches.

Para humanizar o tratamento dos portadores de transtornos mentais, criando serviços alternativos ao da internação hospitalar, foi criado o Programa Municipal de Saúde Mental, que conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar composta de psicólogos, psiquiatra, clínico geral, assistente social, auxiliar de enfermagem e monitores de oficinas terapêuticas. Os atendimentos são individuais e coletivos, realizados através de grupos de psicoterapia, de orientação e oficinas.

O Centro Regional de Referência em Oftalmologia, o popular “Hospital de Olhos”, agora se denomina “Centro Regional de Saúde da Visão” e reúne uma equipe de profissionais preparados para promover procedimentos ambulatoriais (miopia, hipermetropia, astigmatismo e glaucoma) e intervenções de alta complexidade (cirurgias de catarata, de reconstituição da cavidade ocular e retirada de tumores). A qualidade do atendimento atrai pacientes das regiões norte e noroeste de Minas Gerais, dos estados da Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás e Distrito Federal.



### **3. CONHECENDO A COMUNIDADE- SÃO GERALDO**

A comunidade do São Geraldo está localizada em uma região mais afastada do centro da cidade e esta marginalização não se reduz simplesmente a aspectos geográficos, mas se estende a fatores culturais, econômicos e sociais. Esta região abriga a parcela da população de Pirapora mais excluída, apresentando elevados índices de violência e prostituição.

A economia local se baseia praticamente em assalariados de grandes projetos agrícolas, assalariados industriais, comerciários, prestadores de serviços, beneficiários de projetos sociais como bolsa família, leite pela vida, e programas sócio educativos. O comércio na região é restrito a poucos estabelecimentos em virtude da violência constante.

A comunidade de São Geraldo surgiu há aproximadamente 30 anos como uma alternativa residencial distante do leito do rio São Francisco, mas próxima a BR 135. Houve no início da década de 90 a implantação da escola Estadual, creche municipal e recentemente foi construída uma quadra Poliesportiva.No entanto, na localidade se fazem necessários investimentos maciços em infraestrutura e saneamento básico. Há ausência de rede de esgoto e o acesso a água tratada e encanada não se estende a todas as moradias.

A vida social dos moradores da comunidade se baseia no trabalho comunitário, programas de integração social, grupos sindicais e associação comunitária. O índice de analfabetismo da população entre 15 anos ou mais é de 10,03% e estão sendo desenvolvidos no município vários programas sociais, com o intuito de diminuir esse índice.Esses programas fazem com que o jovem tenha um incentivo a mais para retornar aos estudos e também oferecem oportunidades de emprego e qualificação profissional.

#### 4. JUSTIFICATIVA

Segundo Palmier(2010), perdas dentárias precoces comprometem a capacidade funcional e estética dos pacientes, ocasionando danos, muitas vezes, definitivos à qualidade de vida da população. Exodontias que possuem por indicação o agravamento de lesões por cárie e doença periodontal representam não só um problema a regular continuidade do atendimento odontológico, como vai de encontro as novas diretrizes e paradigmas da saúde bucal (BRASIL, 2010).

Portanto, faz-se necessário um plano de ação que vise atuar diretamente sobre os principais fatores causais: hábitos de vida inadequados, baixa acessibilidade aos serviços de saúde, deficiências no processo de trabalho da equipe, objetivando melhorar o quadro de saúde bucal da população. E é justamente a isso que se propõe este trabalho, que possuiu como antecedente um levantamento de necessidades sobre as condições de saúde bucal da população para subsidiar as ações.

A proposta de intervenção, ao abordar medidas educativas e preventivas em saúde bucal que intervenham nos determinantes da doença contribuirá para a melhoria da saúde proporcionando assim melhor qualidade de vida à população da UBS- São Geraldo.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GERAL**

Elaborar proposta de intervenção voltada para a redução do número de perdas dentárias precoces na UBS São Geraldo- Pirapora/MG.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reduzir prevalência de cárie dental;
- Reduzir prevalência de doença periodontal;
- Subsidiar o processo de planejamento das ações;

## 6. METODOLOGIA

Primeiramente fez-se necessário conhecer a situação de saúde da população, suas expectativas, cultura, e meios socioeconômicos disponíveis; pois segundo SES (2006) o planejamento está intimamente ligado ao conhecimento da realidade sobre a qual se deve agir. Para isso foi realizada avaliação em arquivos já preexistentes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), bem como através da observação direta. Posteriormente foi realizado um levantamento de necessidades, com o fim de se conhecer mais precisamente os principais problemas de saúde bucal encontrados na população.

O levantamento de necessidades foi realizado em uma amostra não probabilística, intencional e envolveu 300 pessoas da comunidade do São Geraldo, sendo avaliadas 60 pessoas de cada faixa etária (5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos). Nas faixas etárias de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos avaliou-se a prevalência e a gravidade da cárie dentária e na população de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, avaliou-se também a extensão e gravidade da doença periodontal.

Todos os participantes do levantamento eram usuários dos serviços de saúde da UBS-São Geraldo e foram examinados por um único profissional, o Cirurgião-dentista (CD) responsável pela UBS-São Geraldo.

O levantamento de necessidades foi realizado no consultório odontológico da UBS-São Geraldo, utilizando-se somente espelho clínico plano, sonda milimetrada, espátulas de madeira descartável e gaze. O índice de número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D ou cpo-d) e os critérios de diagnóstico preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foram

utilizados para se avaliar a prevalência e severidade de cárie e a necessidade de tratamento. O Índice Periodontal Comunitário (CPI) foi utilizado para se avaliar a condição periodontal. Este índice avalia a presença de sangramento, bolsa periodontal (rasa ou profunda), o cálculo é feito por sextante, em grupos de 6 dentes entre os 32 da arcada dentária (OMS,1997).

Os dados obtidos através do levantamento de necessidades depois de colhidos foram analisados, utilizando-se procedimentos de tabulação manuais, e forneceram informações que nos permitiram conhecer melhor a situação de saúde bucal da população adscrita, que em conjunto com os demais dados subsidiaram a elaboração de um plano de ação para enfrentar os problemas identificados.

## 7. RESULTADOS

Os resultados do levantamento de necessidades em relação à prevalência de cárie na dentição permanente e decídua bem como a condição periodontal são apresentados nas Tabelas 1 e 2, respectivamente. Outros dados também são apresentados, como a proporção dos componentes em relação ao CPO-D proporcionando maior esclarecimento dos mesmos.

Tabela 1. Média do índice ceo-d (5 anos), CPO-D (Demais dentes) e proporção dos componentes em relação ao ceo-d ou CPO-D total, segundo grupo etário, Bairro São Geraldo, Pirapora/MG. Brasil, 2014.

	Cariado		Obt/Cariado		Obturado		Perdido		Ceo-d/CPO-D
	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média
<b>5 Anos</b>	2.23	75.7	0.10	3.95	0.53	18.07	0.06	2.26	2.95
<b>12 Anos</b>	1.61	50.5	0.17	5.21	1.17	36.45	0.26	8.30	3.20
<b>15 a 19 Anos</b>	2.28	40.0	0.21	3.8	2.43	42.69	0.76	13.45	5.70
<b>35 a 44 Anos</b>	2.06	12.0	0.52	3.00	6.00	34.9	8.60	50.00	17.20
<b>65 a 74 Anos</b>	0.69	2.51	0.11	0.41	1.39	5.017	25.68	92.05	27.90

**Legenda-** Obt./Cariado: Número de dentes restaurados que se encontram cariados; ceo-d : Índice de Dentes Decíduos Cariados, Perdidos e Obturados; CPO-D: Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados; %: porcentagem do componente em relação ao CPO-D ou cpo-d.

Fonte: Autoria Própria (2014)

Aos 5 anos de idade a população do São Geraldo apresenta em média 2,23 dentes com experiência de cárie, sendo a cárie dentária o principal componente deste índice (75,7%). Aos doze anos de idade a cárie dentária

continua ainda sendo o principal componente do CPO-D, correspondendo à 50.5% deste índice, mas nesta idade já se observa uma elevação do componente “Obturado” (36.45 %), elevando-se o CPO-D médio para 3,20.

Nos adolescentes de 15 a 19 anos há uma predominância do componente “Obturado” (42.69%), o que demonstra uma resposta dos serviços de saúde às necessidades curativas demandadas, mas, o percentual de 40,05% de dentes cariados revela a ineficiência dos serviços de saúde no enfrentamento dos problemas bucais. Nesta faixa etária também há elevação do percentual de dentes perdidos (13.45%), assim como do CPO-D médio que se eleva para 5,70.

No que se refere aos adultos de 35 aos 44 anos o percentual de dentes cariados cai consideravelmente para o patamar de 12,00% e aumenta o componente “Dentes Perdidos” (50,00%). Observa-se também uma ligeira redução do componente “Dentes Obturados” (34,9%), no entanto, ocorre novamente a elevação do CPO-D médio para 17,20 dentes. Aqui já se verifica uma inversão de tendências, tratamentos restauradores cedendo espaço a procedimentos mutiladores, representados pelas extrações.

Já na idade de 65 a 74 anos o CPO-D médio atinge o total de 27.90 dentes, sendo que, o componente “Dentes Perdidos” corresponde à 92,05% deste índice. Observa-se com o levantamento uma elevação progressiva do CPO-D médio que se inicia a com o valor de 2,95 aos 5 anos e aos 65 a 74 anos encontra-se em 27,90. Esses resultados em muito se devem a um modelo de atenção à saúde pautado em ações isoladas e com fins curativistas.

Tabela 2. Percentual de indivíduos segundo Condição Periodontal medida pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI) e grupo etário, Bairro São Geraldo-Pirapora/MG, 2014.

<b>Grupo Etário</b>	<b>Sangramento</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Bolsa Rasa</b>	<b>Bolsa Profunda</b>
<b>12 anos</b>	11.62	24.90	-	-
<b>15/19 anos</b>	10.02	28.3	8.35	1.67
<b>35/44 anos</b>	3.34	33.20	18.30	6.68

<b>65/74 anos</b>	1.67	5.01	3.33	1.67
-------------------	------	------	------	------

Fonte: Autoria Própria (2014)

Nas crianças de 12 anos a presença de cálculo foi a pior condição encontrada com 24,90% de pessoas acometidas, seguida de sangramento, em 11,62% dos analisados.

Nos adolescentes de 15 a 19 anos, não se observa alteração periodontal significativa em relação às crianças de 12 anos, a não ser pela presença de bolsas em 10,02% dos adolescentes, sendo que 8,35% apresentavam bolsas rasas e 1,62% bolsas profundas.

Nos adultos de 35 a 44 anos a presença de cálculo foi a condição mais expressiva, presente em 33,20% dos adultos examinados e 24,98% tinham presença de bolsas periodontais, sendo que 18,30% apresentavam bolsas rasas, e 6,68% profundas.

Pode se observar que a prevalência de sangramento gengival atinge seu valor máximo aos 12 anos de idade (11,62%), permanece semelhante nos adolescentes (10,02%) e decresce consideravelmente na vida adulta (3,34%) atingindo seu menor valor nos idosos (1,67%).

A prevalência de cálculo dentário aumenta com a idade, tendo como pico a população adulta de 35 a 44 anos (33,20%) declinando nos idosos (5,01%). Problemas gengivais têm pequena expressão em termos numéricos na população idosa, em decorrência do reduzido número de dentes presentes.



## **8. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

O levantamento de necessidades realizado na comunidade do São Geraldo - Pirapora/MG, em conjunto com outros dados preexistentes na UBS- São Geraldo detectaram diversos problemas. Dentre eles, destacou-se o grande número de perdas dentárias precoces. As perdas dentárias se associam e mantêm relação com diversos fatores, tais como: hábitos de vida inadequados, baixa acessibilidade aos serviços de saúde, deficiências no processo de trabalho da equipe e baixo grau de informação/conscientização da população à respeito de questões de saúde bucal.

O problema demandado ensejou a necessidade de se elaborar estratégias com o objetivo de estruturar/organizar os serviços de saúde para enfrentar as principais causas das perdas dentárias que são respectivamente, cárie e doença periodontal.

### **8.1 Descrição do problema selecionado**

Antes de descrever o problema, foi necessário identificar e diferenciar o problema finalístico (Perdas dentárias precoces) dos problemas intermediários (Cárie e Doença Periodontal). Apenas a identificação e priorização dos problemas não são suficientes para definir as intervenções na perspectiva de solucioná-los. É preciso avançar mais na compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor, para entender sua dimensão e como ele se apresenta em uma determinada realidade. A quantificação do problema é um passo importante, pois afasta ambiguidades e obtêm-se indicadores que permitem a avaliação do impacto alcançado pelo plano (CAMPOS *et al.*, 2010).

Segundo Matus (1989) o descritor do problema serve para identificar a existência do mesmo e precisar a extensão do “mal estar” que ele causa, permitindo assim, que o grupo que o analisa esteja seguro de tratar-se, efetivamente, de um problema.

O quadro 1 reúne descritores relacionados ao problema: perdas dentárias precoces na UBS- São Geraldo – Pirapora/MG.

**Quadro 1-** Descritores do problema: perdas dentárias precoces; número de exodontias realizadas pela equipe de saúde bucal do PSF- São Geraldo - referência maio 2012 a maio 2013, Pirapora/MG.

DESCRITORES	VALORES	FONTES
Número de extrações realizadas pela equipe de saúde bucal do PSF- São Geraldo, em um período de 12 meses.	421	Registros da equipe.
Número de extrações totais realizadas em todo município de Pirapora, em um período de 12 meses.	1874	Coordenação de Saúde Bucal.
Média mensal de procedimentos restauradores realizados pela equipe do São Geraldo.	106	Registros da equipe.
Média mensal de extrações realizadas na unidade de saúde São Geraldo.	35	Registros da equipe.
Média mensal de extrações realizadas pelas demais equipes de saúde bucal de Pirapora.	10.1	Coordenação de Saúde Bucal.
Relação procedimentos de exodontia/ procedimentos restauradores na UBS-São Geraldo.	0.3	Registros da equipe.
Número total de Equipes de Saúde Bucal em Pirapora.	13	Cadastro Nacional Dos Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Fonte: CNES,2014; Coordenação de saúde Bucal,2013; Autoria Própria,2014.

Em Pirapora há apenas 6 equipes de saúde bucal cadastradas no programa saúde da família, as outras 7 correspondem aos profissionais da Policlínica, que, atendendo conjuntamente, prestam serviços às populações das áreas correspondentes as sete unidades do programa saúde da família não contempladas com saúde bucal.

O elevado índice de procedimentos de exodontia no PSF São Geraldo representa não só um problema à regular continuidade do atendimento odontológico, como vai de encontro as novas diretrizes e paradigmas da saúde bucal, que agora tenta buscar de forma significativa a redução do número de procedimentos de exodontia, visto ser um procedimento mutilador de caráter permanente.

Em Pirapora no período de 12 meses (maio de 2012 a maio de 2013), foram realizados 1874 procedimentos de exodontia, por 13 equipes de saúde bucal. Deste montante, 421 foram realizadas pela equipe do bairro São Geraldo. Quatrocentas e vinte uma exodontias correspondem à 22.4% de todas as extrações realizadas no Município. Pela equipe de saúde bucal do São Geraldo são realizadas em média 35 extrações mensais; a média das outras equipes é de 10.1 extrações mensais. A saúde bucal do bairro São Geraldo realiza mensalmente uma média de 106 procedimentos restauradores, incluindo aqui restaurações definitivas em amalgama, resina composta, e ionômero. As exodontias quando comparadas aos procedimentos restauradores, correspondem a cerca de 30% do total de procedimentos.

## **8.2 Explicação do problema**

Explicar o problema é entender a gênese do mesmo a partir da identificação da suas causas e a relação que elas mantêm entre si (CAMPOS *et al.*, 2010).

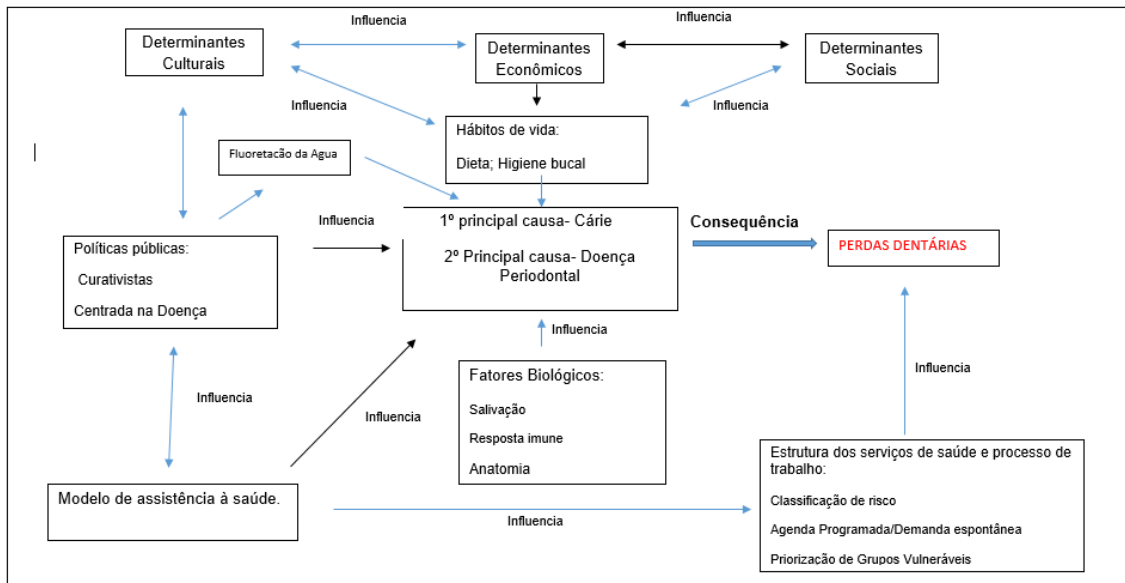
Uma dieta cariogênica conjugada com uma higienização bucal insatisfatória, aumenta a formação de placa e cálculo, podendo levar à doenças bucais como cárie e doença periodontal. Segundo Palmier (2010) a cárie e a doença periodontal representam em conjunto as principais causas de perdas dentárias precoces e colaborando para isso tivemos ao longo de anos um modelo de atenção à saúde fortemente centrado em ações mutiladoras e não voltado para prevenção e promoção da saúde, focado apenas em procedimentos curativos.

Acárie dentária pode ser definida como uma destruição localizada dos tecidos dentais causada pela ação das bactérias. Ao longo dos anos, pesquisas revelaram uma multiplicidade de fatores causais ou determinantes que podem influenciar ou não a cariogenicidade da placa. Dessa forma, a cárie pode ser caracterizada como multifatorial (BUISCHI, 2000).

Já a doença periodontal é uma doença infecto-inflamatória que acomete os tecidos de suporte (gengiva) e sustentação (cimento, ligamento periodontal e osso) dos dentes. Caracteriza-se pela perda de inserção do ligamento periodontal e destruição do tecido ósseo adjacente. A evolução deste processo leva à perda dos dentes, pois o comprometimento e a destruição, pela ação bacteriana, acúmulo de tártaro e inflamação destas estruturas colaboram para a formação de bolsas periodontais que levam à mobilidade dentária, e consequentemente à perdas dentárias (LINDHE, 1999).

O modelo de desenvolvimento econômico e social determina o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico, e as políticas públicas, que influenciam os hábitos e estilos de vida da população (como a baixa condição financeira) e o nível de informação sobre riscos e agravos e sobre direitos sociais. Além disso, as políticas públicas influenciam o modelo assistencial, que interfere na estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho que, por sua vez, interfere no uso de protocolos, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, referência e contra referência e capacitação de pessoal, e ainda, na resposta do sistema de saúde. Esta resposta pode melhorar a autonomia do paciente no auto-cuidado e modificar o desenvolvimento do risco ou agravo (CAMPOS *et al.*, 2010). E segundo Giovanella (2000), é importante compreender os problemas de saúde como socialmente determinados.

**Figura 1** - Árvore explicativa do problema: perdas dentárias precoces na UBS- São Geraldo- Pirapora/MG.



Fonte: Autoria Própria (2014)

Após explicado o problema será elaborado o plano de ação que é uma forma de sistematizar proposta de solução para enfrentar os problema que estão causando os problemas principais (CAMPOS *et al.*, 2010).

### 8.3 Seleção dos nós-críticos

Para enfrentamento do problema é necessário análise cuidadosa das suas causas, mas, para isso a identificação inicial destas é imprescindível. Deve-se identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, e que esteja dentro do nosso espaço de governabilidade. O “nó crítico” é uma causa do problema que quando atacada é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transforma-lo (CAMPOS *et al.*, 2010).

Para efeito do plano ação os “nós críticos” selecionados foram: estilos de vida,

nível de informação, estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde.

#### 8.4 Desenho das operações

Na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população. Permite uma análise desses problemas, bem como busca elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação (BRASIL,2008).

Com o problema explicado e identificadas as causas consideradas mais importantes, é necessário traçar soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo. O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (“nós críticos”) do problema selecionado. As operações, que são conjuntos de ações, devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas consomem vários tipos de recursos, a saber: econômicos, organizacionais, equipamentos, cognitivos e de poder (CAMPOS *et al.*, 2010).

O Quadro 2 permite uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas para o enfrentamento de cada nó crítico.

**Quadro 2** – Desenho de operações para os “nós críticos” das perdas dentárias precoces na UBS-São Geraldo- Pirapora/MG.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
<b>Hábitos e estilo de vida inadequados.</b>	<b>Viver Bem</b> Modificar hábitos e estilo de vida. Promovendo melhorias nos hábitos	Reduzir o índice de cáries e doença periodontal em crianças e adultos.	Programa de reeducação alimentar. Campanha educativa de fomento a higienização bucal. A serem trabalhadas nas escolas/creches,	<b>Organizacional:</b> Para organizar as campanhas educativas, e escovação supervisionada. <b>Cognitivo:</b>

	<p>alimentares, tornando-os menos cariogênicos, e buscar uma melhoria nos hábitos de higiene, mais especificamente bucal.</p>		<p>associação de bairro, grupos operativos e rádio local.</p> <p>Escovação dental supervisionada a ser trabalhada nas escolas Municipais/Estaduais e Creches.</p>	<p>Domínio do conteúdo para elaboração e divulgação do material, além de estratégias de comunicação.</p> <p><b>Político:</b> Viabilizar espaço na rádio local, articulação com rede de ensino pública (Municipal/ Estadual).</p> <p><b>Financeiro:</b> Compra de material educativo, escovas, cremes dentais, e recursos audiovisuais.</p>
<p><b>Estruturas dos serviços de saúde.</b></p>	<p><b>Multiplicando Sorrisos</b></p> <p>Aumentar o acesso da população aos serviços odontológicos, aumentando o número de pacientes com tratamento concluído.</p>	<p>Tratar doença cárie e periodontal em seus estágios iniciais, minimizando perdas dentárias futuras.</p>	<p>Campanha de ART, a ser realizada em crianças nas escolas.</p>	<p><b>Organizacional:</b> Organizar as campanhas de ART.</p> <p><b>Cognitivo:</b> Domínio de Técnica de ART, pelos profissionais.</p> <p><b>Político:</b> Articulação com outros profissionais (Cirurgiões-Dentistas), e a rede de ensino pública.</p> <p><b>Financeiro:</b> Compra de materiais e instrumentais necessários a</p>

				prática do ART.
<b>Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentamento do problema.</b>	<b>Linha de Cuidado.</b> Tornar o processo de trabalho mais organizado e estruturado para que possa ter um melhor enfrentamento clínico e preventivo em relação a doença cárie e periodontal. Adotando agenda programada com classificação de Risco.	Reduzir o índice de agravantes das doenças cárie e Periodontal. Reduzir tempo de espera para tratamento odontológico.	Processo de trabalho mais eficaz e eficiente.	<b>Organizacional:</b> Para organizar os serviços que permitam um melhor enfrentamento dos problemas.  <b>Cognitivo:</b> Conhecimento necessário para se trabalhar com essa nova abordagem. <b>Político:</b> Para articular com gestores, pacientes e trabalhadores.
<b>Grau de informação.</b>	<b>Conhecendo as Doenças Bucais.</b> Aumentar a quantidade e a qualidade de informação da população adscrita a respeito do processo de saúde doença mais especificamente das doenças cárie e periodontal.	Aumentar o grau de conscientização das pessoas para que possam ter um posicionamento ativo em relação a sua condição de saúde com direcionamento às doenças cárie e periodontal.	Programa de reeducação alimentar. Campanha educativa de fomento a higienização bucal. Ambas a serem trabalhadas nas escolas/creches, grupos operativos e rádio local.	<b>Organizacional:</b> Para organizar as campanhas <b>Cognitivo:</b> Domínio do conteúdo para elaboração do material além de estratégias de comunicação. <b>Político:</b> Viabilizar espaço na rádio local, articulação com rede de ensino pública (Municipal/ Estadual) <b>Financeiro:</b>



				Compra de material Educativo e recursos audiovisuais.
--	--	--	--	---

**Legenda- ART:** Tratamento Restaurador Atraumático.

Fonte: Aatoria Própria (2014)

## 8.5 Análise da viabilidade do plano

Durante a execução do plano de ação o ator pode não controlar todos os recursos necessários para a execução do mesmo (Recursos Críticos), portanto é necessário identificar quem os controla e analisar o seu provável posicionamento em relação ao problema para se definir ações estratégicas capazes de construir a viabilidade para o plano, motivando o ator que controla esses recursos (CAMPOS *et al.*, 2010).

**Quadro 3** - Propostas de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de ação para o enfrentamento das Perdas Dentárias Precoces na UBS- São Geraldo – Pirapora/MG.

Operações/ projeto	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>Viver Bem</b>	<b>Político:</b>  -Articular com rede de ensino pública (Municipal/ Estadual) para que, projetos possam ser desenvolvidos nestes espaços e em parceria;  -Firmar parceria com associação de moradores, para que palestras sejam	-Diretor da Escola estadual- SRE/ Pirapora.	Favorável	Não necessária
		-Diretor da creche Municipal-SME/Pirapora.	Favorável	Não necessária
		Representantes da associação de moradores.	Favorável	Não necessária

	<p>ministradas neste âmbito.</p> <p>-Viabilizar espaço na rádio local-Para maior divulgação da informação.</p> <p><b>Financeiro:</b> Angariar recursos aos órgãos públicos financiadores e/ou patrocinadores privados para a Compra de material Educativo.</p>	<p>-Responsável institucional pela rádio comunitária.</p> <p>-Secretário Municipal de Saúde.</p> <p>-Empresários locais.</p>	<p>Indiferente</p> <p>Indiferente</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentar Projeto,</p> <p>Apresentar Projeto,</p> <p>Apresentar Projeto,</p>
<b>Multiplicando Sorrisos</b>	<p><b>Organizacional</b> – Organizar junto à coordenação de saúde bucal os dias que serão necessários a disponibilização dos profissionais de saúde da área de odontologia para desenvolvimento de campanhas de ART nas escolas.</p> <p><b>Político:</b> Articular com rede de ensino pública (Municipal/ Estadual) para que, projetos possam ser desenvolvidos nestes espaços e em parceria.</p> <p><b>Financeiro:</b> Angariar</p>	<p>-Coordenador Municipal de Saúde bucal.</p> <p>-Diretor da Escola estadual-SRE/Pirapora.</p> <p>-Diretor da creche Municipal-SME/Pirapora.</p> <p>-Secretário</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não necessária</p> <p>Não necessária</p> <p>Não necessária</p> <p>Apresentar Projeto,</p>

	recursos junto aos órgãos públicos financiadores para a Compra de material materiais e instrumentais necessários a prática do ART.	Municipal de Saúde.	de	Indiferente	acrescido de planilha de custo.
<b>Linha de Cuidado</b>	<b>Político:</b> Para articular com gestores, pacientes e trabalhadores para que possam participar da implantação desse novo processo de trabalho. A colaboração se dará mediante atuação e compreensão em relação aos transtornos pontuais causados pela modificação.	-Secretário municipal de Saúde. -Coordenador da Saúde bucal. -Equipe de Saúde local.	de	Favorável Favorável Favorável	Não necessária Não necessária Não necessária
<b>Conhecendo as Doenças Bucais</b>	<b>Político:</b> Articular com rede de ensino pública (Municipal/ Estadual) para que, projetos possam ser desenvolvidos nestes espaços e em parceria; Viabilizar espaço na rádio local-Para maior divulgação da informação. <b>Financeiro:</b> Articular com os órgãos públicos financiadores	-Diretor da Escola estadual-Superintendência regional de ensino de Pirapora. -Diretor da creche Municipal/SME.  -Responsável institucional pela rádio comunitária.  -Secretário Municipal de Saúde.  -Empresários locais.		Favorável Favorável  Indiferente  Indiferente	Não necessária Não necessária  Apresentar Projeto.  Apresentar projeto acrescido de planilha de custo.

	ou patrocinadores privados a Compra de material Educativo.		Indiferente	Apresentar projeto acrescido de planilha de custo.
--	--	--	-------------	--

**Legenda – SME:** Secretaria Municipal de Educação; **SRE:** Secretaria Regional de Educação.

Fonte: Autoria Própria (2014)

## 8.6 Elaboração do plano operativo

A função precípua do plano operativo é designar responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, estabelecendo prazos para cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las. Ele pode (e deve) contar com o apoio de outras pessoas. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS *et al.*, 2010).

**Quadro 4-** Plano operativo para enfrentamento do problema: perdas dentárias precoces na UBS- São Geraldo – Pirapora/MG.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Viver Bem</b> Modificar hábitos e estilo de vida. Promovendo melhorias nos hábitos alimentares, tornando-os menos cariogênicos, e buscar uma melhoria nos hábitos de higiene, mais especificamente bucal.	Reduzir o índice de cáries e doença periodontal em crianças e adultos.	Programa de reeducação alimentar. Campanha educativa de fomento a higienização bucal. A serem trabalhadas nas escolas/creches, associação de bairro, grupos operativos e rádio local.  Escovação dental supervisionada a ser trabalhada nas	Apresentar Projeto, de reeducação alimentar, assim como, planilha de custos.  Apresentar projeto que contemple as ações de fomento a higienização	ESB/ACS	Apresentação dos projetos em 2 meses. Aguardar aprovação e posterior liberação dos recursos.

		escolas Municipais/Estaduais e Creches	o bucal, assim como a planilha de custos.		Início Imediato.
<p><b>Multiplicando Sorrisos</b></p> <p>Aumentar o acesso da população aos serviços odontológicos, aumentando o número de pacientes com tratamento concluído.</p>	Tratar doença cárie e periodontal em seus estágios iniciais, minimizando perdas dentárias futuras.	Campanha de Tratamento Restaurador Atraumático (ART), a ser realizado em crianças nas escolas.	Apresentar o projeto que contemple o aumento ao acesso aos serviços odontológicos, assim como previsão de custos.	ESB/CS B	Um (1) mês para apresentação do projeto. Aguardar aprovação e posterior liberação dos recursos. Prazo para liberação dos recursos: 2 meses. Início das atividades clínicas imediatamente e após a liberação dos recursos. Prazo para finalização: 3 meses após inicializar atividades clínicas.
<p><b>Linha de Cuidado</b></p> <p>Tornar o processo de trabalho mais organizado e estruturado para que possa ter um melhor enfrentamento clínico e preventivo em relação a doença cárie e periodontal. Adotando agenda programada com classificação de Risco.</p>	Reduzir o índice de agravantes das doenças cárie e Periodontal. Reduzir tempo de espera para tratamento odontológico	Processo de trabalho mais eficaz e eficiente.		ESB/ES F	Início imediato das atividades. 3 meses para término, com avaliação semestral dos resultados.
<p><b>Conhecendo as Doenças</b></p>	Aumentar o grau de conscientização	Campanha educativa de fomento a	Apresentar Projeto, de reeduca-	ESB	Apresentação do projeto em 3

<p><b>Bucais</b></p> <p>Aumentar a quantidade e a qualidade de informação da população adscrita a respeito do processo de saúde doença mais especificament e das doenças cárie e periodontal.</p>	<p>o das pessoas para que possam ter um posicionament o ativo em relação a sua condição de saúde com direcionamen- to às doenças cárie e periodontal.</p>	<p>higienização bucal. Ambas serão trabalhadas nas escolas/creches, grupos operativos e rádio local.</p>	<p>ção alimentar, assim como, planilha de custos.</p> <p>Apresentar projeto que contemple as ações de fomen- to a higieniza- ção bucal, assim como a planilha de custos.</p>	<p>meses. Aguardar aprovação e liberação dos recursos.</p>
---	---	--	--	--

**Legenda** – **ACS**: Agentes Comunitários de Saúde; **ESB**: Equipe de Saúde Bucal; **ESF**: Equipe de Saúde da Família; **CSB**: Coordenação de Saúde Bucal.

Fonte: Autoria Própria(2014)

## 8.7 Gestão do Plano

A gestão do plano ação é fundamental para o sucesso deste, isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com disponibilidade de recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS *et al.*, 2010).

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento de necessidades realizado na comunidade do São Geraldo, permite verificar uma elevação progressiva do CPO-D médio, que se inicia a com o valor de 2,95 aos 5 anos e aos 65 a 74 anos encontra-se em 27,90. Esses resultados em muito se devem a um modelo de atenção à saúde pautado em ações isoladas e com fins curativistas.

Observa-se que os serviços de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Pirapora estão sendo ofertadas de forma paralela ao processo de organização dos demais serviços de saúde, com baixo poder de resolubilidade, sendo incapazes de equacionar os principais problemas da população.

Para se obter uma redução no número de exodontias, é necessário trabalhar sobre os principais fatores causais da cárie e doença periodontal, que são: hábitos de vida inadequados, baixa acessibilidade aos serviços de saúde, deficiências no processo de trabalho da equipe e baixo grau de informação/conscientização da população à respeito de questões de saúde bucal.

Com este plano de intervenção espera-se a médio prazo obter uma redução no número de perdas dentárias precoces na população da UBS – São Geraldo. Os desafios são grandes, mas com implementação de um plano de intervenção pautado na adoção de novos modelos de planejamento, processos de trabalho, e uma nova forma de se entender e abordar as questões de saúde, esta realidade paulatinamente irá mudar.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira**. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal -Cadernos de Atenção Básica n.17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92p.

BUISCHI, Y.P **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**, 2000.

CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P. ; SANTOS, M. A. . **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

GIOVANELLA, L. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

LINDHE, I. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**, 3º ed., editora Guanabara Koogan, 1999, 720p

MATUS, C. **Fundamentos da planificação situacional**. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia - Atenção em saúde bucal**. Belo Horizonte: SES/MG, 2006.

OMS. **Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde bucal: Manual de Instruções**, 4º ed, 2007.



PALMIER, A. C. et al. **Saúde bucal: Aspectos Básicos e Atenção ao Adulto.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.74p.

SÁ, E. **O inquérito de necessidades em saúde bucal. Guia Curricular do curso de Técnico em Higiene Dental.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2005