

**ALTO ÍNDICE DE EXODONTIAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE "HELIANA
VALADARES" MUNICÍPIO DE ABAETÉ- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

POMPÉU - MG

2013

MARLON DE SOUSA LOPES

**ALTO INDICE DE EXODONTIAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE "HELIANA
VALADARES" MUNICIPIO DE ABAETÉ/MG**

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: Prof. Dra. Simone Dutra Lucas

POMPÉU - MG

2013

MARLON DE SOUSA LOPES

ALTO ÍNDICE DE EXODONTIAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE "HELIANA VALADARES" MUNICÍPIO DE ABAETÉ/MG- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Banca Examinadora

Simone Dutra Lucas (orientadora)

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____

RESUMO

Na Unidade Básica de Saúde “Heliana Valadares”, no município de Abaeté/MG, através de um levantamento das condições da saúde bucal dos usuários no ano de 2012, ficou constatado um alto número de indivíduos com ausência de dentes, principalmente na população adulta. O objetivo desse trabalho foi a elaboração de um plano de intervenção, tendo como os atores sociais envolvidos o cirurgião dentista e toda equipe da unidade básica de saúde. Uma revisão de literatura baseada em artigos publicados no período de 1995 a 2011, nas bases de dados (BVS-BIREME, SCIELO, LILACS), em livros e documentos oficiais possibilitou uma melhor análise do tema problema. Esse plano deverá ser implantado em um período de três meses, após a aprovação dos gestores para aquisição do material necessário para iniciar as ações. Será voltado para a conscientização da população sobre os malefícios da perda dentária, educar e informar sobre saúde bucal, ensinar como prevenir a cárie dentária e a doença periodontal, através de um material pedagógico apresentado em palestras, aplicações de flúor, escovações supervisionadas, enfim em atividades educativas e preventivas que irão diminuir em médio e longo prazos, o número de exodontias realizadas nos usuários dessa unidade.

Palavras-chave: perda dentária, epidemiologia, prevenção em saúde bucal.

ABSTRACT

The Basic Health Unit "Heliana Valadares", in the municipality of Abaeté / MG, through a survey of the conditions of the oral health of users in 2012, was found a high number of individuals with missing teeth, especially in the adult population. The aim was to draw up a contingency plan taking as social actors involved the dentist and staff all the basic health unit. A literature review based on articles published in the period 1995-2011, in databases (VHL-BIREME, SciELO, LILACS), in books and official documents allowed for a better analysis of the subject problem. This plan should be implemented in a period of three months after the approval of managers to acquire the necessary material and begin actions. Will target public awareness about the dangers of tooth loss, educate and inform about oral health, teaching how to prevent tooth decay and periodontal disease through a pedagogical material presented in lectures, fluoride applications, supervised brushing finally in activities education and prevention that will hopefully decrease in medium and long term, the number of dental extractions in the users of this unit.

Keywords: tooth loss, epidemiology, prevention in oral health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 JUSTIFICATIVA.....	08
3 OBJETIVOS.....	09
3.1 Objetivo Geral.....	09
3.2 Objetivo Especifico.....	09
4 MÉTODOS.....	10
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	16
7 DISCUSSÃO.....	19
REFERENCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

O município de Abaeté está localizado na região centro-oeste de Minas Gerais com uma população de 22.690 habitantes, a 220 km da capital Belo Horizonte. As atividades econômicas principais são: agropecuária, indústrias frigoríficas, indústrias de calçado e confecções (IBGE, 2010). A Unidade Básica de Saúde Heliana Valadares foi inaugurada em 2001. Atualmente, a população cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) desta Unidade são 3579 pessoas, sendo que atende parte da população rural sem que esses sejam adscritos. A equipe se constitui em um cirurgião dentista; uma enfermeira; um médico generalista; dois técnicos de enfermagem; um auxiliar em saúde bucal; um auxiliar de serviços gerais. A equipe realiza diversas atividades como: atendimento médico, consultas agendadas e de demanda espontânea; campanhas e vacinação; organização de grupos operativos; visitas domiciliares de acordo com a necessidade, fazendo curativos e acompanhamento médico.

O diagnóstico situacional revelou que possuímos em nossa área um grande número de diabéticos e hipertensos dentre os quais a maioria se recusa a aderir aos programas oferecidos para controle e suporte assistencial adequado, alegando não ter tempo e procuram a unidade apenas para consultas destinadas a troca de receitas.

Na atenção à saúde bucal ocorre atendimento da demanda espontânea, consultas agendadas e urgência, além dos procedimentos preventivos: escovações supervisionadas, aplicações de flúor nos escolares e palestras educativas. Promovemos um levantamento das condições da saúde bucal dos usuários e observamos um alto número de ausências de dentes permanentes, principalmente na população adulta. Esse problema foi o escolhido, pois está diretamente ligado a minha função na Unidade Básica de Saúde. Realizei um levantamento analisando os dados colhidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2012) na secretaria Municipal de Saúde de Abaeté e observei um elevado número de exodontias de dentes permanentes na minha área de abrangência no ano de 2012, sendo um total de 246 extrações em 180 dias de atendimentos aos usuários, dando uma média de 1,37 extrações por dia, motivo o qual resolvi elaborar um plano de intervenção a fim de melhorar a saúde bucal, preservando a mastigação, a autoestima e o bem estar dos pacientes sob nossa responsabilidade.

As exodontias dos dentes permanentes atingem ainda um grande número de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e diversos são os fatores que contribuem para que isso

aconteça. A cárie dentária e a doença periodontal são as principais patologias que ocasionam as exodontias.

A cárie dentária é reconhecida como uma doença infecto contagiosa resultado de uma perda mineral localizada, cuja causa são os ácidos orgânicos provenientes da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta. As doenças periodontais são infecções causadas por microorganismos que colonizam a superfície dos dentes, vivendo em simbiose com os indivíduos. O principal fator etiológico é a placa bacteriana, também chamada de biofilme bacteriano. Apesar da evolução tecnológica das diversas especialidades da odontologia, a exodontia é um procedimento realizado com muita frequência estando comumente associada com o baixo nível de instrução e/ou classe socioeconômica. Vários são motivos relacionados na literatura para justificar-se a extração dentária: cárie, ectópicos, periodontopatias, fraturas dentais, recusa do paciente em receber o tratamento conservador, paciente a ser submetido à radioterapia, motivo socioeconômico, neoplasias e outras razões (LOESCHE, 1993).

2 JUSTIFICATIVA

Ao realizar uma exodontia promove-se um espaço dental em um dos maxilares, fato que dificulta a mastigação, fonação e altera a estética facial, além de poder levar a disfunção temporomandibular. Essas condições provocam distúrbios psíquicos e funcionais, modificando a vida do indivíduo, tornando-o uma pessoa isolada e retraída. Portanto a correta indicação da extração de um dente deve ser feita para que não ocorra perda dentária desnecessária, levando à mutilação do paciente por perda de um órgão passível de recuperação (TRAVASSOS *et al.*, 2009).

O plano de intervenção será direcionado à prevenção e adoção de procedimentos que irão diminuir a longo prazo as exodontias. No controle da cárie dentária iremos realizar:

- a) escovações supervisionadas se estendendo aos grupos operativos
- b) treinamento dos agentes comunitários de saúde (ACS) sobre a saúde bucal,
- c) aplicações de flúor gel em escolares e no atendimento aos usuários
- d) orientações sobre a dieta e instrução sobre a maneira correta das escovações e uso do fio dental.

Na doença periodontal observaremos os pacientes de risco e desenvolveremos ações para o controle do biofilme bacteriano. Através de todas essas ações que terão início imediato, acreditamos que num futuro próximo, conseguiremos atingir nosso objetivo. Assim, reduzindo o número de extrações dentárias, será melhorado o convívio social, mastigação, fonética, estética, bem estar, autoestima; enfim, vários benefícios serão alcançados com a promoção da saúde bucal dos nossos usuários e assim poderemos reduzir os procedimentos curativos e trabalhar nos preventivos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Revisar a literatura sobre os motivos das perdas dentárias e propor um plano de intervenção, voltado para o enfrentamento do problema.

3.2 Objetivos Específicos

- Educar e informar sobre a saúde bucal;
- Prevenir a cárie dentária;
- Prevenir a doença periodontal;
- Melhorar o acesso do usuário ao atendimento especializado para atender a todas as demandas apresentadas;
- Conscientizar a população sobre quanto à perda de um elemento dentário poderá prejudicar sua saúde bucal.

4 MÉTODOS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) adotou uma metodologia conceitual e teórica, baseada na pesquisa bibliográfica relativa a estudos publicados em artigos científicos, livros e documentos oficiais.

As bases de dados pesquisadas foram as bibliotecas virtuais relacionadas a saúde (BVS – BIREME, SCIELO, LILACS) onde foram selecionados artigos científicos em língua portuguesa publicados no período de 1995 a 2011, utilizando como descritores: perda dentária, exodontias, cárie dentária, doença periodontal e epidemiologia.

Através dessa revisão de literatura foi possível analisar melhor o tema-problema, para a elaboração de um plano de intervenção.

O plano de intervenção orienta as ações da equipe para planejar e alcançar os objetivos. Cada operação elaborada deve ser seguida dos resultados e produtos esperados para ajudar no monitoramento, necessitando de recursos para sua realização, sendo eles: econômico, organizacional, cognitivo e político.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A perda dentária é um reconhecido problema de saúde pública. Considerada como uma importante medida da condição da saúde bucal de uma população a perda dentária possui efeito sobre a qualidade de vida das pessoas. Seus impactos podem ser expressos pela diminuição das capacidades funcionais de mastigação e fonação, bem como prejuízo de ordem nutricional, estética e psicológica, com reduções da autoestima e integração social. Adicionalmente, a perda dentária produz um aumento na demanda por reabilitações protéticas. Se por um lado estas situações afetam indivíduos sem recursos próprios para pagamento de prótese dentária e que, geralmente são os que mais apresentam perdas, por outro lado os serviços públicos odontológicos necessitam aumentar seus gastos com procedimentos reabilitadores, notadamente mais caros do que os preventivos e muitos municípios brasileiros não dispõem dos serviços protéticos (MOREIRA, 2009).

Uma das razões mais comuns para a procura de cuidado médico-odontológico é a dor de dentes e/ou periodonto. A dor de dente pode impedir ou dificultar atividades diárias, tais como trabalhar, se divertir e se relacionar com outras pessoas. Em inquéritos populacionais realizados anteriormente, a prevalência e o impacto da dor de dente foram relatados para períodos de referência e grupos etários diversos. Geralmente, a prevalência da dor de dente é descrita juntamente com a prevalência de dor orofacial, o que torna difícil a obtenção da prevalência específica da dor de dente. A prevalência da dor de dente, em população adulta nos Estados Unidos, variou entre 12% e 14,5%. Entre crianças e adolescentes, a prevalência tem variado de 8% a 14,1%. No Brasil, a prevalência da dor de dente foi de 35,7% em adolescentes, 34,8% em adultos e 22,2% em idosos no ano de 2006. A causa direta mais comum da dor de dente é a cárie dentária, que é também uma das principais causas da extração dentária. As circunstâncias sociais e o padrão de visita ao dentista estão associados com a cárie e com as perdas dentárias. A dor de dente é uma das razões mais comuns da extração dentária. No entanto, pouco foi estudado sobre a influência das circunstâncias sociais e do padrão de visita ao dentista no risco da dor de dente (ALEXANDRE *et al* 2006).

A compreensão ampliada dos efeitos da perda dentária exige escuta dos sujeitos que a experimenta. Determinado estudo, de abordagem qualitativa, investigou, na história odontológica de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais narrativas sistematizadas em histórias odontológicas foram analisadas e os resultados indicaram que a experiência de dor foi o principal motivo pela procura por assistência odontológica (DANTAS, 2007).

As práticas comportamentais insalubres não possuem recursos suficientes para o enfrentamento ao estresse podem influenciar hábitos comportamentais, favorecendo o desenvolvimento de tabagismo, uso de álcool e o descuido com a higiene oral, representando fator de risco para cárie, doença periodontal e perda dentária (GONÇALVES, 2011).

No Brasil, o SUS não tem adequada estrutura nem é suficiente para absorver a demanda por atenção em saúde bucal da população adulta, especialmente nas faixas etárias mais avançadas. Esse é um dos motivos pelos quais dentes que poderiam ser recuperados são extraídos, uma vez que tal alternativa é considerada a mais prática e, também, a mais econômica. A maior parte das pessoas que perdem os dentes vê-se impossibilitada de recompor as perdas por meio de próteses, principalmente devido à falta de recursos financeiros. Além disso, os brasileiros que fazem uso de próteses totais removíveis utilizam-nas por um tempo que se estende muito além do prazo recomendado para sua devida substituição (SILVA *et al* 2010).

O levantamento epidemiológico da população brasileira divulgado em 1988 expôs, pela primeira vez, a dura realidade da condição de saúde bucal do Brasil. Tal levantamento, que abrangeu apenas a população de até 59 anos, tornou possível verificar o alto valor percentual do componente P (perdido) entre a média de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados dos adultos (CPO-D). Na população entre 35-44 anos, observou-se o CPO-D de 22,5, e, na faixa que se encontra entre 50-59 anos, o de 27,2. O componente P, nas duas faixas etárias representou, respectivamente, 66% e 86% dos valores relatados (SILVA *et al* 2010).

É possível que alguma alteração desse quadro epidemiológico tenha ocorrido em função da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família e da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dentro da política do Brasil Sorridente implantada a partir de 2003. E embora a saúde bucal seja reconhecida como importante, uma considerável parcela da população não tem acesso aos necessários serviços de saúde e a mutilação dentária, resultado da perda dos dentes, acaba por impor às pessoas mudanças físicas, biológicas e emocionais. Na rotina diária das pessoas, as alterações produzidas pela perda total dos dentes deveriam se constituir em objeto de preocupação da categoria odontológica. No entanto, a abordagem dos profissionais, na maioria das vezes, apenas considera as perspectivas biológicas e restauradoras, ou seja, a recomposição dos dentes deve ser realizada dentro dos melhores princípios da técnica, negligenciando-se as repercussões da perda dental na qualidade de vida dos pacientes. (SILVA *et al* 2010).

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana como rural. O ataque de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos são profundamente elevados. A identificação de bolsa periodontal durante o exame indica agravamento das condições do órgão de suporte dentário relacionadas à presença e/ou risco de infecção periodontal. Cerca de 10% dos adultos brasileiros possuíam bolsa periodontal em uma ou mais regiões da boca. Praticamente a mesma proporção de adultos apresentou pelo menos um sextante da boca excluído sendo que esse problema atinge metade dos idosos. A perda dentária precoce é grave. A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. O edentulismo continua sendo um grave problema em nosso país, especialmente entre os idosos. (BRASIL, 2003)

Com relação ao edentulismo, avaliado pela necessidade de prótese dentária, é importante destacar que, no Projeto SB Brasil 2010, as necessidades de próteses dentárias foram estimadas com a finalidade de proporcionar subsídios para o planejamento dos serviços de atenção secundária de caráter reabilitador. As próteses dentárias referidas foram a parcial e a total e buscou-se verificar se a necessidade ocorria em um ou nos dois maxilares. Entre os adolescentes, 13,7% necessitam próteses parciais em um maxilar (10,3%) ou nos dois maxilares (3,4%). Não houve registro para necessidade de próteses totais. Em 2003, 27% dos adolescentes necessitavam algum tipo de prótese. Assim, constata-se importante redução de 52% nas necessidades de prótese entre adolescentes. Para os adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorre em 68,8% dos casos, sendo que a maioria (41,3%) é relativa à prótese parcial em um maxilar. Em 1,3% dos casos, há necessidade de prótese total em pelo menos um maxilar. Importante destacar que este percentual em 2003 era de 4,4%, portanto a redução corresponde a 70%. Em idosos de 65 a 74 anos, 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares. Estes números estão muito próximos dos encontrados em 2003. (BRASIL, 2010)

Pode-se considerar que a doença cárie aumenta com a idade e que a perda dentária prevalece no Número de Dentes Cariados Perdidos e Obturados (CPO-D) nos adultos. Nesse aspecto cabe uma análise do porque ao entrar na idade adulta, a população aumenta o CPO-D. São necessárias políticas de saúde para produzir ações e controlar esse problema. Verificou-se, nos adultos, o que prevalece é o cálculo e as bolsas rasas. Portanto, os cuidados e a promoção de saúde bucal em relação à gengivite serão eficazes contra periodontites severas

no futuro. Durante a busca na base de dados, observou-se que o número de pesquisas é menor entre os adultos. Fica clara a importância da epidemiologia para as doenças bucais, sendo através dela que ocorrem diagnósticos de populações diversas, além de possibilitar a prática de mobilizações em saúde para controlar os problemas identificados e promover saúde bucal. Neste caso específico da idade de 35 a 44 anos, a maioria são trabalhadores e fica evidente a necessidade de se implantar programas de saúde bucal voltados para este grupo etário, visando a modificação do cenário epidemiológico atual (CARVALHO *et al.*, 2010).

As características anatômicas, principalmente da face oclusal dos molares permanentes, permitem que estes sejam mais suscetíveis à cárie dentária, pela presença de cicatrículas, fósulas e fissuras estreitas e profundas, consideradas como a primeira zona de risco na dentição permanente, dificultando a autolimpeza e o controle de higienização por parte do paciente, contribuindo para o alto índice de perda, ocasionando alterações funcionais e estéticas (NOGUEIRA *et al.*, 1995).

A perda de um molar permanente pode gerar alterações, como distúrbios na Articulação Têmporo Mandibular (ATM); redução da capacidade mastigatória em 50%; gengivite; destruição dos tecidos de suporte e migração mesial dos segundos molares permanentes do mesmo lado da perda dental; extrusão, retração gengival e hipersensibilidade do primeiro molar superior permanente com a perda do seu antagonista (AGUIAR; PINTO, 1996).

É alta a prevalência de perdas dentárias em adolescentes brasileiros (38,9%), quando comparada ao levantamento nacional de 1986, decorridos quase 20 anos, e com estudos internacionais. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que no Japão, em 1999, para a faixa etária dos 15 aos 19 anos, o componente P representou 0,6% do total do índice CPO-D. Na Austrália, no período 1987-1988, os dentes perdidos devido à cárie dentária representavam aproximadamente 7% do índice, para a mesma faixa etária. Para os brasileiros os dentes perdidos ainda representam um percentual mais elevado (14,4%). A *Federation Dentaire Internationale* estabeleceu como meta para o ano 2000, para a idade de 18 anos, 85% da população com todos os dentes naturais presentes. Porém, os resultados do presente estudo mostram que o Brasil não alcançou este objetivo, uma vez que os indivíduos desse grupo, com todos os elementos presentes, corresponderam a aproximadamente 61% (BARBATO; PERES, 2008).

Os critérios para determinar as razões para exodontias ainda são indefinidos. Dentre as causas mais comuns podemos citar: baixo nível de instrução, atividade profissional exercida (falta de tempo), procura de atendimento apenas com sintomatologia dolorosa, impossibilidade financeira dos usuários de realizar um tratamento conservador (tratamento endodôntico) são os principais fatores que levam a “extrações desnecessárias”. A prevenção, melhoria no acesso ao atendimento especializado e a promoção da saúde bucal poderão melhorar a qualidade de vida da população (BOBROWSKI, 2011).

A educação em saúde é fundamental no processo de formação de hábitos alimentares adequados a uma boa saúde bucal e geral. Portanto, se faz necessária a realização de programas de prevenção em saúde bucal por meio de palestras; cartazes e folders, de forma continuada, estendidos aos pais dos escolares, abrangendo a família como um todo. A presença de cicatrículas e fissuras inacessíveis à limpeza na superfície oclusal do primeiro molar permanente, somada ao nível socioeconômico e ao tipo de dieta do brasileiro levam à rápida instalação do processo carioso e a consequente perda do elemento dentário. Esses resultados demonstram a necessidade de se fazer uma avaliação da saúde bucal dessa população e da eficiência do atendimento odontológico que os escolares estão recebendo (ANDRADE; GUIMARÃES, 1997).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Quadro 1 – Desenho de operações para nós críticos do problema alto índice de exodontias.

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultado esperado	Produto esperado	Recurso necessário
Nível de Informação da população	Sorriso Saudável: Melhoria no nível de informação com relação à saúde bucal. Os cuidados com as principais causas de perda dentária: cárie dentária e doença periodontal.	Conscientizar a população sobre os hábitos saudáveis de saúde bucal, visando a diminuição do número de extrações dentárias.	Escovações supervisionadas e aplicação do flúor em escolares, consultório e grupos operativos. - Visitas domiciliares e palestras educativas. Acompanhamento das ações por toda equipe.	Organizacional: visitas e oficinas. -Cognitivo: informações e estratégias de comunicação. -Financeiro: recursos para aquisição de material para informar, como folhetos, propagandas, cartilhas. -Político: articulação intersetorial.
Nível de Informação dos Profissionais de saúde	Todos pró-saúde bucal: Capacitar toda equipe da Unidade Básica de Saúde para atuar na prevenção dos fatores que ocasionam a perda dentária.	Melhorar o nível de informação de todos os membros da equipe para que eles possam repassar às informações as famílias.	Capacitação dos profissionais de saúde da equipe (ACS, enfermeira, médico) sobre a saúde bucal.	Cognitivos: conhecimento do assunto e estratégia de ensino. Organizacional: programação de reuniões de capacitação. Financeiro: para aquisição de material pedagógico. Político: incentivar a participação dos profissionais de saúde.

Fonte: CAMPOS *et al*, 2010; LOPES, Marlon de Sousa, 2013.

Quadro 2 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema alto índice de exodontias.

OPERAÇÃO/PROJETO	RECURSOS CRITICOS
<u>Sorriso Saudável:</u> - Aumentar o nível de informação da população sobre os malefícios da perda dentária e principalmente como preveni-la.	Organizacional: programar oficinas e visitas. Financeiro: recursos para aquisição de material pedagógico. Politico: articular a participação dos gestores municipais.
<u>Todos pró-saúde bucal:</u> Capacitar toda a equipe da Unidade Básica de Saúde sobre como agir na prevenção da cárie dentária e da doença periodontal.	Organizacional: programação de reuniões de capacitação. Financeiro: recursos para aquisição de material pedagógico. Politico: articular para que ocorra a participação dos gestores e dos profissionais de saúde.

Fonte: CAMPOS et al, 2010; LOPES, Marlon de Sousa, 2013.

Quadro 3 - Proposta de ação para motivação dos atores.

É possível transformar as motivações dos atores por meio de ações estratégicas que buscam mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar certos atores para que mudem de opinião.

OPERAÇÕES/PROJETOS	RECURSOS CRITIVOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRITICOS		AÇÕES ESTRATÉGICAS
		Ator que controla	Motivação	
<u>Sorriso saudável:</u> Melhorar o conhecimento da população sobre como prevenir a cárie dentária e a doença periodontal para diminuir as extrações dentárias.	Organizacional: programar palestras, visitas e oficinas. Financeiro: recurso para aquisição de material pedagógico.	Equipe saúde bucal.	Favorável	Incentivar a população a participar do projeto.
		Secretária de saúde	Favorável	Apresentar o programa ao gestor municipal.
<u>Todos pró-saúde bucal:</u> Capacitar os profissionais da saúde da equipe para atuar na prevenção da cárie dentária e a doença periodontal.	Organizacional: programar reuniões para capacitação. Financeiro: recursos para aquisição de material pedagógico.	Cirurgião Dentista.	Favorável.	Não é necessário.
		Secretária de Saúde	Favorável	Apresentar o programa para aprovação do gestor municipal.

Fonte: CAMPOS et al, 2010; LOPES, Marlon de Sousa, 2013.

Quadro 4 - Plano Operativo

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o 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 dos outros participantes.

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
<u>Sorriso saudável:</u> conscientizar a população sobre a importância em prevenir a cárie dentária e doença periodontal para diminuir o número de exodontias.	Melhoria dos atos das famílias afim de garantir a saúde bucal e reduzir o número de extrações dentárias.	Escovações supervisionadas e aplicações de flúor em escolares, consultório e grupos operativos. Visitas domiciliares e palestras educativas. Acompanhamento das ações por toda a equipe.	Apresentação do programa para a Secretária de Saúde e o Gestor Municipal. Apoio da população.	Cirurgião Dentista e Enfermeiro.	Três meses para o início das atividades.
<u>Todos Pró-saúde bucal:</u> capacitar toda a equipe melhorando o nível de informação dos profissionais de saúde para que eles repassem esse conhecimento as famílias.	Aprimorar o assunto saúde bucal para uma ação conjunta com todos os integrantes da Unidade Básica de Saúde.	Reuniões frequentes para que o Cirurgião Dentista possa passar as informações necessárias para capacitação dos profissionais da saúde.	Idem.	Cirurgião Dentista	Idem.

Fonte: CAMPOS et al, 2010; LOPES, Marlon de Sousa, 2013.

7 DISCUSSÃO

Através deste trabalho verificamos que ausência de dentes permanentes é um grande problema em nossos usuários da Unidade Básica de Saúde “Heliana Valadares”. Os motivos que levam os pacientes a extrair um dente são diversos e as patologias que mais ocasionam a perda dentária são a cárie dentária e a doença periodontal. A partir de então, o plano de intervenção criado visa melhorar o nível de informação da população com relação a saúde bucal.

Esperamos que em médio e longo prazos, com a participação da comunidade e de toda a equipe de Saúde da Família possamos diminuir o número de exodontias realizadas melhorando a mastigação, a autoestima, a estética e a fonética, enfim, melhorando a qualidade de vida das pessoas.

REFERENCIAS

AGUIAR, S. M. H. C. A.; PINTO, R. S. Lesões cariosas, restaurações e extrações por processo carioso em primeiros molares permanentes, estudo clínico e radiográfico. **Revista de Odontologia da Unesp**, v. 25, n. 2, p. 345-355, 1996.

ALEXANDRE, G. C. *et al.* Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p.1073-1078, 2006.

ANDRADE, M. A.; GUIMARÃES, M. T. Prevalência da perda de primeiros molares permanentes em crianças de 6 a 12 anos do município de Maceió, Alagoas. **Revista Paraense de Odontologia**, v. 2, n. 2, p. 20-24, 1997.

BARBATO, P. R. PERES, M. A. Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev. de Saúde Pública**; v. 43, n. 1, p.13-25, Florianópolis, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Programa de Saúde da Família (PSF). **SIAB: Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica**. Abaeté, 2010.

BRASIL. **IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010. Acessado em 15/03/2013. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310020&search=minas-erais|abaete>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Resultados principais. Brasília: Coordenação de Saúde Bucal, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil: condições da saúde bucal da população brasileira 2008-2009**. Brasília: Coordenação de Saúde Bucal, 2010.

BOBROWSKI, R. SCHNEIDER, M. **Divergência de diagnóstico entre hígido, selamento biológico e cárie oclusal em esmalte ou esmalte e dentina**, realizado por acadêmicos e cirurgiões-dentistas. *Stomatos*. v. 17, n. 32, p. 43-54, jan.-jun. 2011.

CARVALHO, E. S. *et al.* **Epidemiologia das doenças bucais em indivíduos na faixa etária entre 35 e 44 anos: o cenário epidemiológico do trabalhador**. v. 58, nº 1, p. 109-114. Porto Alegre, 2010.

DANTAS, J. A. **A produção das perdas dentárias: narrativas de usuários do SUS**. Dissertação (Mestrado). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), 2007. 110f.

GONÇALVES, L. G. **Associação entre perda dentária e desigualdades relacionadas à cor da pele em adultos: resultados do estudo pró-saúde**. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre: Faculdade de Odontologia (UFRGS), 2011. 64f.

LOESCHE, W. J. **Cárie Dental - Uma infecção tratável**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

MOREIRA, R. S. **Perda dentária em adultos e idosos no Brasil: a influência de aspectos individuais, contextuais e geográficos**. Dissertação (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. 137f. 2009.

NOGUEIRA, A. J. S. *et al.* Comprometimento do primeiro molar após um ano de sua erupção. **Revista de Odontopediatria**, v. 4, n. 3, p. 135-145, 1995.

SILVA, M. E. S. *et al.* **Impacto da perda dentária na qualidade de vida**. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 15. n. 3. Rio de Janeiro, 2010.

SAMPAIO, F. C. *et al.* SISTEMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE CONTINUADA A DISTANCIA. PRO-ODONTO PREVENÇÃO. **Programa de atualização em Odontologia preventiva e Saúde Coletiva**. Módulos 1 e 2. ed. Artmed. Porto Alegre. 2007.

TRAVASSOS, D.B. *et al.* Perfil das exodontias realizadas na Clinica de Cirurgia I do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilofac.**, Camaragibe v.9, n. 1, p. 115-122, jan./mar. 2009.