

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CIBELE MATHIAS VITORETI

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE RIO
BRANCO DO SUL-PR**

CURITIBA

2011

CIBELE MATHIAS VITORETI

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE RIO
BRANCO DO SUL-PR**

PROJETO TÉCNICO apresentado à
Universidade Federal do Paraná para
obtenção do título de Especialista em
Gestão Pública em Saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Marilene da
Cruz Magalhães Buffon.

CURITIBA

2011

RESUMO

O Sistema Único de Saúde é a maior política pública vigente no Brasil, nesta está inserida a Estratégia em Saúde da Família e em consequência as Equipes de Saúde Bucal com o objetivo do cuidado odontológico integral ao paciente e ações de promoção da saúde bucal e prevenção de doenças. Neste estudo foram verificadas as condições da saúde bucal da população do município de Rio Branco do Sul – PR, por meio da análise de dados coletados, que avaliou a proporção da atenção em relação aos cuidados que são prestados e foi realizada uma proposta de intervenção de forma a reorganizar o atendimento na atenção primária, estabelecer o serviço de referência e contra-referência e ainda organizar o atendimento baseado nas linhas de cuidado a partir dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família e das diretrizes do Ministério da Saúde no que diz respeito à saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde, Estratégia em Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal e Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The *Sistema Único de Saúde* (Health Care System) is the most effective public politics in Brazil, this includes the Family Health Strategy and in consequence, the Teams of Oral Health with goal of comprehensive dental care to the patient and action to promote oral health and diseases prevention. This study aimed at assessing the oral health status of the population of the municipality of *Rio Branco do Sul - PR*, by analyzing data collected, that evaluated of the attention in relation to the cares that are given and were carried through a proposal an intervention of form to reorganize the attendance in the primary attention, to establish the service of reference and against-reference and still to organize the attendance based on the lines of care from the principles that guide the Health Care System, the Family Health Strategy and of the lines of direction of the Ministry of the Health in what the oral health says respect.

KEYWORDS: Health Care System, Family Health Strategy, Team of Oral Health and Primary Attention to the Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 População de acordo com a faixa etária e por sexo, no município de Rio Branco do Sul, em 2009.....	19
QUADRO 2 Descrição dos Equipamentos de Saúde, no município de Rio Branco do Sul, em 2011.....	20
QUADRO 3 Funcionamento dos Equipamentos de Saúde, no município de Rio Branco do Sul, em 2011.....	21
QUADRO 4 Recursos Humanos na área Odontológica e Regime de Trabalho nas Unidades de Saúde no município de Rio Branco do Sul em 2011.....	22
QUADRO 5 Procedimentos odontológicos realizados, no município de Rio Branco do Sul, período de julho 2010/ junho 2011.....	23
QUADRO 6 Classificação do risco de cárie para crianças > 36 meses, adolescentes e adultos.....	28
QUADRO 7 Plano de Tratamento de acordo com risco de cárie dentária.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	- Agente Comunitária de Saúde
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASB	- Auxiliar de Saúde Bucal
CAIC	- Centro de Atendimento Integral a Criança e Adolescente
CD	- Cirurgião dentista
CEO	- Centro de Especialidades Odontológicas
CPO-D	- Índice que mede o número de dentes perdidos, cariados e obturados
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
ESF	- Estratégia em Saúde da Família
hab./CD	- Relação de Habitantes por número de Cirurgiões Dentistas
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Índice de Gini-	Índice que mede o grau de concentração de uma distribuição
INEP	- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
IPARDES	- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social
LACEN	- Laboratório Central do Estado do Paraná
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
MS	- Ministério da Saúde
NOB/96	- Norma Operacional Básica de 1996
PA	- Pronto Atendimento
PACS	- Programa de Agentes Comunitárias de Saúde
Ph	- Potencial Hidrogeniônico, mede o grau de acidez de uma solução
PR	- Estado do Paraná
PSF	- Programa de Saúde da Família
SB Brasil	- Saúde Bucal Brasil
SE	- Secretaria Executiva
SESA	- Secretaria Estadual de Saúde
SIS Prénatal	- Sistema que permite o acompanhamento da Gestante
SUS	- Sistema Único de Saúde
TSB	- Técnica em Saúde Bucal
UBS	- Unidade Básica de Saúde
US	- Unidade de Saúde
USF	- Unidade de Saúde da Família
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Lista de Ilustrações	
Lista de Abreviaturas	
1 Introdução	7
1.1 Apresentação	7
1.2 Objetivo Geral	7
1.3 Justificativa	8
2 Revisão Bibliográfica	9
2.1 Sistema Único de Saúde	9
2.2 Saúde Bucal	10
2.3 Saúde Bucal no Âmbito do SUS	13
3 Metodologia	16
4 A Organização Pública	17
4.1 Descrição Geral	17
4.1.1 Caracterização do Município de Rio Branco do Sul	17
4.1.2 Perfil do Município de Rio Branco do Sul	18
4.2 Diagnóstico da Situação Problema	19
4.2.1 Infra-estrutura da Rede de Saúde	19
4.2.2 Análise Comparativa de Dados	23
5 Proposta	26
5.1 Desenvolvimento da proposta	26
5.2 Plano de Implantação	27
5.2.1 Formas de acesso ao atendimento odontológico	29
5.2.1.1 Agendamento programado	29
5.2.1.2 Pronto-atendimento (PA)	29
5.2.1.3 Urgências e Emergências	30
5.2.1.4 Manutenção da Saúde Bucal	30
5.2.2 Na Estratégia em Saúde da Família	30
5.2.2.1 Diretrizes Propostas	32
5.2.3 Organização da demanda por ciclo de vida	33
5.2.3.1 Bebês (0 a 24 meses)	33
5.2.3.2 Crianças (2 a 9 anos)	33
5.2.3.3 Adolescentes (10 a 19 anos)	34
5.2.3.4 Adultos (20 a 59 anos)	34
5.2.3.5 Idosos (60 anos ou mais)	34
5.2.3.6 Gestantes	35
5.2.3.7 Portadores de necessidades especiais	35
5.2.4 Fluoretação da água de abastecimento	36
5.3 Recursos	36
5.4 Resultados Esperados	37
5.5 Riscos ou problemas esperados e medidas corretivo-preventivas	38
6 Conclusão	39
7 Referências Bibliográficas	40
Anexo	43

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de trazer benefícios à saúde bucal da população brasileira o governo federal, por meio do Programa Brasil Sorridente, vem se preocupando em implantar programas e diretrizes para melhorar o atendimento, normatizar e promover a saúde prevenindo as doenças, pois a preocupação atual é com a saúde, devemos promovê-la principalmente na população como um todo, garantindo a saúde coletiva.

Atualmente os números estão favoráveis, os índices em saúde bucal estão melhorando gradativamente, principalmente na região sul, porém, ainda em algumas localidades percebemos que há necessidade de se adiantar e estabelecer medidas para garantir que a população tenha acesso aos programas de atenção à saúde bucal (BRASIL, 2010).

A saúde bucal brasileira, segundo dados do Projeto Saúde Bucal Brasil 2010 (SB Brasil, 2010), vem melhorando e as doenças bucais estão decaindo progressivamente. Devemos agir com determinação de modo a lutar por soluções que contribuam ainda mais para a sua reversão (BRASIL, 2010).

Apesar dos grandes avanços na área odontológica, o município de Rio Branco do Sul ainda enfrenta muitas dificuldades, e assim há necessidade de estruturar o modelo de atenção para garantir ao cliente/usuário uma assistência odontológica mais humana e preventiva visando sempre à promoção da saúde bucal e ofertando ao paciente todos os procedimentos necessários para que sua saúde se restabeleça e para isso é preciso atentar para um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a Integralidade.

1.2 OBJETIVO GERAL

Este estudo tem como objetivo organizar e estruturar o atendimento odontológico integral ao paciente do Município de Rio Branco do Sul – PR, dentro dos princípios que norteiam o SUS e da estratégia de saúde da família (ESF).

1.3 JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se pela necessidade de melhorias na área da saúde bucal do município de Rio Branco do Sul com a estruturação de um serviço que atenda o paciente odontológico de maneira integral, garantido em lei e norteado pelos princípios que orientam o SUS. Com a organização e estruturação na atenção odontológica o profissional poderá prestar uma atenção integral visando melhorar a qualidade da saúde bucal da população.

Em 2006 foram implantadas equipes de saúde bucal (ESB), dentro da ESF, que buscou reorientar a população de Rio Branco do Sul sobre a importância da saúde bucal na manutenção da qualidade de vida, realizar ações preventivas e também curativas, atender as necessidades básicas do município, bem como, de seus habitantes para que se conseguisse com êxito amenizar a situação em que o município se encontrava, porém hoje sentimos a necessidade de um modelo mais atuante, pois a população permanece sem a assistência integral necessária em seus três níveis de atenção (Lei 8080,1990), e assim é notório que uma nova proposta deverá ser instituída para melhor atender esta comunidade, já que na constituição Federal (Brasil, 1988) saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Rio Branco do Sul possui uma população de 33.142 habitantes (IBGE, 2009), sendo 22.045 na área urbana e 8.605 na área rural, apresenta uma população de 0 a 14 anos de 8.441 crianças (IPARDES 2009), refletindo assim a importância e a necessidade de serem desenvolvidas ações de saúde bucal.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A avalanche neoliberal destruiu muitos sistemas de saúde na América Latina, mas o SUS foi capaz de resistir e hoje se constitui em uma conquista social da população brasileira, porém, ainda enfrenta muitos problemas no setor saúde devido às precárias condições de vida e também pelas dificuldades orçamentárias e de gerenciamento que acometem a administração pública (NARVAI, 2006).

Segundo o princípio da integralidade que orienta o SUS, este deve oferecer atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e comunidades em quaisquer níveis de complexidade, e segundo o princípio da descentralização, a responsabilidade de gestão é repassada aos municípios, atendendo as determinações constitucionais e legais que embasam o mesmo, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, assim sendo, é dever dos municípios oferecer saúde a qualquer nível de atenção, da primária à terciária, e assim atender a população de maneira integral, garantindo qualidade de vida (BRASIL, 2004).

A lei orgânica da saúde (Lei 8080/1990) determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Define o plano municipal de saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

Quanto à participação e controle social (Lei 8142/1990), a informação sobre saúde é um direito da população e uma ferramenta decisiva para a democratização da gestão da saúde, sendo assim, as ouvidorias se tornam elementos fundamentais para informar e escutar a população, conhecendo a realidade do atendimento fornecido, e ainda através das conferências de saúde avalia e propõe novas diretrizes para formulação de políticas de saúde, os conselhos de saúde formulam estratégias e controlam a execução das mesmas, inclusive de caráter econômico e financeiro.

No SUS, o profissional de saúde tem dupla responsabilidade na sua operacionalização: como usuário, por meio da participação nas conferências e conselhos de saúde; como profissional da rede, através da participação

no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde. Portanto, é preciso que conheça sua base conceitual e filosófica para que, com a prestação de um atendimento integral e de qualidade à população, defenda e lute por ele (SOUSA e COL., 2003, APUD MARTINS e COL., 2009).

O SUS tem consolidado em uma política pública integral, inclusiva e de caráter universal. Cabe aos governantes garantir o acesso de todos os cidadãos aos sistemas, serviços e ações de atenção à saúde, com qualidade e equidade (BRASIL, 2004).

A Estratégia em Saúde da Família (ESF) tem a família como unidade de ação programática, e foi introduzida no Brasil em 1994, pelo Ministério da Saúde, inicialmente denominado Programa de Saúde da Família (PSF), sucedeu o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS), lançado em 1991. A ESF reafirmou e incorporou os princípios do SUS (universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade) e propôs reorganizar a prática assistencial, não criou novas estruturas de serviço, mas substituiu as práticas convencionais de assistência estando com o eixo centrado na vigilância à saúde. Esta estratégia está voltada para a atenção primária e garante a atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando a referência e contra-referência aos diversos níveis do sistema (RONCALLI, 2003).

As unidades básicas de saúde são prioridade, pois, conseguem resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde. A ESF se responsabiliza pela situação de saúde de determinada área, onde a população é cadastrada e acompanhada, o objetivo desta estratégia é principalmente aproximar as equipes da comunidade e estabelecer o vínculo (BRASIL, 2004), desenvolve atividades de acordo com o planejamento e a programação que são realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade, busca a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias transformando as unidades em um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006).

2.2 SAÚDE BUCAL

As doenças cárie e periodontal estão em declínio na sua prevalência e severidade, contribuindo para que a saúde bucal das pessoas, na maioria dos

países industrializados, venha apresentando expressivos ganhos nos últimos anos, isso também se evidencia naqueles ainda em processo de desenvolvimento, confirmados por estudos epidemiológicos (WEYNE, 2003).

No Brasil, do ponto de vista epidemiológico, a saúde bucal atravessa um período de grande relevância em função das ativas mudanças, para melhor, nos padrões de ocorrência da cárie dental em crianças e gradativamente beneficiando jovens e adultos (PINTO, 2003).

Os dentes são importantes, socialmente por valorizar a aparência física, a fala e o sorriso, para o consumo de uma dieta balanceada, preparando os alimentos para o processo digestivo, e em relação à qualidade de vida, por existir um grande percentual de pessoas com histórico de dor dentária (BEZERRA e TOLEDO, 2003).

A cárie dentária resulta da desmineralização sofrida pelo esmalte e dentina por meio da ação dos ácidos gerados pelo metabolismo bacteriano após a ingestão de açúcares (Bezerra e Toledo, 2003). É uma doença multifatorial, ou seja, depende de alguns fatores para que ela ocorra. Os fatores são: hospedeiro, o dente, a presença de substrato local e uma microflora cariogênica aliado ao tempo necessário à formação de ácidos para que ocorra a desmineralização. Esta interação está também relacionada com a saliva, fluxo e capacidade tampão, e ainda com fatores como sexo, condições sócio-econômicas, saúde geral e idade (GROISMAN e MEDEIROS, 2003).

A doença cárie afeta a humanidade há muitos anos, em diferentes épocas e culturas o homem tem estado suscetível à doença de forma variada, seu diagnóstico e tratamento eram focados na história pregressa do ataque da doença, ou seja, na cavidade de cárie e no tratamento restaurador dos tecidos do dente. Nas últimas décadas o diagnóstico e tratamento sofreram algumas mudanças, saíram da “era da odontologia restauradora” para uma odontologia de promoção de saúde e ainda de um atendimento padronizado para uma odontologia baseada no diagnóstico da atividade da doença do paciente, desta forma houve a necessidade de rever a estratégia tradicional de manejo da mesma (MALTZ e CARVALHO, 2003).

A promoção da saúde inclui conhecimentos relativos à prevenção das doenças bucais, esta é essencial para que se modifiquem hábitos, primeiramente no indivíduo e depois na sociedade, é quando o bom hábito se transforma em norma social, com a transferência do controle da saúde do profissional para o indivíduo e para a coletividade (SILVA, 2003).

A importância do flúor vem se destacando no controle e prevenção da cárie dentária, primeiramente seu benefício foi creditado à sua administração via sistêmica, incorporando-se, durante o processo de mineralização, ao esmalte do dente, tornando-o mais resistente à ação bacteriana pela dissolução ácida que altera o pH da saliva e desmineraliza a estrutura dental. Sob o ponto de vista de saúde pública, esta medida apresenta grande alcance. O flúor quando incorporado na superfície do dente, durante a fase de maturação do esmalte, torna-o resistente e assim, foram desenvolvidas como alternativa os fluoretos de aplicação tópica para atingir a população nas áreas onde não se encontra flúor no sistema de abastecimento (Cruz, 2003). Em contrapartida, o flúor pode causar a fluorose, efeito indesejado, devido à ingestão prolongada e excessiva do produto (BRASIL, 2006).

A doença periodontal fica caracterizada como desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente, determinada na maioria das vezes pela placa bacteriana. A doença periodontal é um importante fator de risco para parto prematuro de baixo peso, diabetes, doenças vasculares e cardíacas. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença são diabetes, tabagismo, imunodepressão, ausência de controle de placa bacteriana, stress, fatores culturais e sócio-econômicos (BRASIL, 2006).

A má oclusão é uma deformidade dento-facial, resultante de um desvio morfo-funcional do aparelho mastigatório. É uma variação clínica significativa do crescimento normal, resultante da interação de vários fatores durante o desenvolvimento crânio-facial levando a alterações de forma e função (BRASIL, 2006).

As lesões dentárias traumáticas são agravos com grande impacto na qualidade de vida. Apesar da existência de poucos estudos sobre a prevalência de traumatismos, os crescentes índices de violência, acidentes e a falta de segurança em atividades esportivas e brincadeiras tem tornado o traumatismo dentário um problema de saúde pública (BRASIL, 2006).

O câncer de boca inclui os cânceres de lábio e de cavidade bucal e está entre as principais causas de óbitos por neoplasias. Tende a acometer o sexo masculino com idade superior a 50 anos de forma mais intensa, é uma doença que pode ser prevenida com ações simples, desde que seja dada ênfase à promoção a saúde, acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce. O uso crônico de álcool e tabaco associados potencializa drasticamente o risco de aparecimento de

câncer de boca, bem como a exposição solar e uso de próteses mal adaptadas (BRASIL, 2006).

O edentulismo resulta das precárias condições de vida da população, da baixa oferta e cobertura dos serviços de saúde, do modelo assistencial predominante de prática mutiladora que se aliam às características culturais influenciando o modo como a perda dentária é assimilada pela sociedade. O edentulismo é identificado através da necessidade do uso de próteses (BRASIL, 2006).

As doenças infecciosas da cavidade bucal podem atuar como foco de disseminação de microorganismos patogênicos, em estudos de taxonomia de bactérias orais ficou comprovado que certos microorganismos típicos da flora bucal também estão presentes em lesões sistêmicas. Desta forma fica evidente a necessidade de interação da medicina com a odontologia, visto o impacto das doenças bucais na saúde geral (ARAÚJO e BARATA, 2003).

As doenças sistêmicas e/ou infecto-contagiosas são prioridades na organização da atenção como diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase, e HIV-AIDS. Os profissionais de saúde bucal devem estar atentos aos sinais e sintomas dessas doenças para sugerir o possível diagnóstico, e tomar as medidas necessárias para conclusão do mesmo e tratamento (BRASIL, 2006).

A odontologia moderna está caracterizada na concepção de saúde/doença centrada no indivíduo, sendo que a educação em saúde é um de seus pilares, buscando integralidade das ações, a eficácia social, o compromisso ético e a resolutividade. As ações de saúde curativas e educativas buscam melhorar a qualidade de vida e propõem o mais alto grau de saúde aos grupos populacionais (PETRY e PRETTO, 2003).

2.3 SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DO SUS

Saúde, na Constituição Federal (Brasil, 1988), é um direito de todos e dever do Estado, e assim o SUS se destacou por promover a equidade na atenção à saúde, reduziu as desigualdades regionais e garantiu a universalidade do acesso aos mais vulneráveis pelas desigualdades sociais, raças, etnias, gerações e populações itinerantes ampliando a oferta de ações de saúde. O direito à saúde e à

saúde bucal, através da construção da cidadania, deve deixar de ser apenas uma declaração e passar a integrar o cotidiano da população, promovendo o acesso aos serviços odontológicos em todos os níveis de complexidade (NARVAI, 2006).

A pressão por saúde bucal na sociedade brasileira é difusa e quase sempre se restringe à reivindicação de acesso ao dentista. É necessário demonstrar a importância a toda equipe sobre os problemas da cavidade bucal e se atentarem ao sinal clínico ou queixa, e não somente ignorar e encaminhar para o dentista por ser um problema na boca, ainda se nota a falta de incremento nas ações integralizadas, trabalho em equipe multidisciplinar (MANFREDINI, 2004).

A organização do serviço de saúde deve ser centrada no usuário, garantindo o acesso universal, acolhendo e humanizando o atendimento a todos os que procuram o serviço de saúde, deslocando o eixo central do médico para toda a equipe, e assim reorganizando o processo de trabalho, que escuta e compromete-se a resolver o problema do usuário com qualidade (resolutividade) e por meio de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania qualificar a relação trabalhador-usuário (FRANCO e COL., 1999, APUD MARTINS e COL., 2009).

A Atenção Primária constitui um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde a nível individual ou na coletividade. É desenvolvida por práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, assume a responsabilidade sanitária pelas populações de áreas delimitadas, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem as mesmas. Na organização da Atenção Primária, o aspecto fundamental é o conhecimento do território que constitui a área de atuação dos serviços, o “Espaço Social” onde, ao longo da história, a sociedade foi se constituindo necessitando de serviços como os de saúde (BRASIL, 2006).

Todos os profissionais da ESF devem estimular e executar medidas de promoção à saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal, a execução de ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência, a sensibilização das famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde geral, a programação e manutenção das visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas e o desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal. (MANFREDINI, 2004).

No que diz respeito à prática do atendimento odontológico no SUS, é necessário uma readequação dos cursos de graduação e contínua capacitação dos cirurgiões dentistas que já atuam no sistema, para que este profissional possa fazer parte de uma equipe multidisciplinar que, a nível central atue no planejamento de políticas públicas saudáveis, reorientem o serviço, fortaleçam as ações comunitárias e desenvolvam ações de vigilância à saúde da coletividade (AERTS e COL.,2004, APUD MARTINS e COL., 2009).

Embora o SUS constitua um importante mercado de trabalho para os cirurgiões-dentistas, principalmente com a inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, que apresenta como uma de suas prioridades a atenção básica, não se verifica o impacto esperado sobre o ensino de graduação, defrontando-se com a precária disponibilidade de profissionais de saúde dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade (MORITA e KRIGER, 2004, APUD MARTINS e COL., 2009).

As diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde no âmbito do SUS (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004), constituem um eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal e tem como meta à produção do cuidado, numa concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pensando nas “linhas de cuidado” para que as ações se tornem resolutivas centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, e assim o trabalho em equipe seja um de seus fundamentos mais importantes.

A promoção da saúde se realiza pela articulação entre sujeito e coletivo, público e privado, Estado e sociedade, clínica e política, setor sanitário e outros setores, rompendo com a fragmentação no tratamento da saúde e com a realização de ações isoladas (BRASIL, 2004).

3 METODOLOGIA

Para desenvolver este estudo foi utilizado o método quantitativo, por meio da análise de dados que foram coletados na Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Atenção Primária à Saúde e Vigilância Sanitária, dados do Datasus, IBGE, IPARDES, MEC e dados do Projeto SB Brasil 2003 e 2010, sobre as condições da saúde bucal na população brasileira, sua evolução ao longo dos anos e realizar uma comparação com os dados que refletem a situação do município de Rio Branco do Sul.

Os dados coletados foram analisados e a partir da sua análise comparativa está apresentada uma proposta de intervenção que melhor atenda as necessidades do município.

4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

As unidades de saúde prestam atendimento odontológico à população do Município de Rio Branco do Sul - PR na atenção primária. Este atendimento será o objeto do estudo.

4.1 DESCRIÇÃO GERAL

4.1.1 Caracterização do Município de Rio Branco do Sul – PR

Em 1660 iniciou um pequeno povoado com trabalhadores na mineração em busca pelo ouro que se estabeleceram em arraiais, em 1790, com a formação de um pequeno povoado, esta localidade recebeu o nome de Nossa Senhora do Amparo de Vutuverava. Após muitos anos, em 1943, foi tido como distrito de Cerro Azul e em 1947, o distrito foi elevado a município de Rio Branco do Sul, esta denominação deu-se em homenagem ao estadista brasileiro José Maria da Silva Paranhos, o Barão do Rio Branco, e do sul para se diferenciar da capital do Acre (BIBLIOTECA IBGE).

O município de Rio Branco do Sul se localiza na região do Vale do Ribeira, tem 816Km² de área e está a 28 km da capital Curitiba, tem como divisa as cidades de Almirante Tamandaré, Cerro Azul, Bocaiuva do Sul, Colombo e Itaperuçu (IPARDES, 2009). Compõe os municípios da área norte da região metropolitana e o acesso à cidade se dá pela Rodovia dos Minérios. Tem como bioma a Mata Atlântica e como atividades econômicas principais o extrativismo mineral e vegetal, agricultura familiar, indústria e serviços (IBGE 2009). O município pertence à Segunda Regional de Saúde do Paraná, segundo a Secretaria Municipal de saúde de Rio Branco do Sul (2011).

Quanto ao abastecimento, segundo dados da Vigilância Sanitária de Rio Branco do Sul (2011), o município possui vários pontos de captação de água, a qual é tratada apenas com cloro e não recebe fluoretação, o tratamento é realizado pelo próprio município e está sendo monitorado pelo Laboratório Central do Estado (LACEN). Quanto ao esgoto, existe uma pequena parte, cerca de 20% dos

domicílios, ligados à rede de esgoto, 20% possui fossa séptica, 30% possui fossa rudimentar e 30% estão ligados à rede de esgoto pluvial.

4.1.2 Perfil do município de Rio Branco do Sul

Segundo dados do censo demográfico (IBGE, 2009), o número de habitantes é de 33.142, a estimativa é que a população tenha uma taxa de crescimento 0,44% ano. Este crescimento traz a necessidade de incrementar a oferta de serviços básicos, como os de saúde. Rio Branco do Sul tem como característica apresentar uma grande parte da população se encontra na área rural, do total de 10.360 domicílios, 3.389 estão na área rural e 6.971 na área urbana.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2011) há atualmente dez cirurgiões dentistas (CD) registrados no município concursados exercendo suas funções no atendimento aos usuários nas Unidades de Saúde (3.314 hab./CD), sendo que deste total, quatro atuam em equipes de saúde da família, três atuam em modelos retrógrados nas escolas e três atuam em atendimento de livre demanda, porém dois destes atuam numa mesma unidade de saúde e três profissionais concursados atuando na área administrativa.

Rio Branco do Sul possui, segundo MEC/INEP 2010, uma população de 8.404 pessoas entre 4 e 17 anos que estão em idade escolar, sendo que destes, 327 estão matriculados nas creches, 257 estão na pré – escola, 4.008 estão matriculados no ensino fundamental anos iniciais, 3.000 no ensino fundamental anos finais e 1.602 no ensino médio. O município apresenta o Índice de Gini – 2000 de 0,550, dados do censo demográfico, este índice mede o grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (desigualdade máxima)(IBGE, 2000). O QUADRO 1, abaixo, apresenta a população residente no município no ano de 2009.

QUADRO 1. População de acordo com a faixa etária e por sexo, no município de Rio Branco do Sul, em 2009.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menos de 1 ano	284	271	555
5 a 9 anos	1.247	1.167	2.414
10 a 14 anos	1.800	1.657	3.457
15 a 19 anos	1.702	1.606	3.308
20 a 29 anos	3.172	2.845	6.017
30 a 39 anos	2.619	2.415	5.034
40 a 49 anos	2.053	1.891	3.944
50 a 59 anos	1.459	1.231	2.690
60 a 69 anos	756	717	1.473
70 a 79 anos	431	362	793
80 e mais	160	139	299
TOTAL	17.331	15.811	33.142

Fonte: IBGE–MS/SE/DATASUS.

4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

4.2.1 Infra-estrutura da rede de Saúde

O município possui 1 Hospital Municipal e 4 Unidades de Saúde (US), todas com ESF, 3 US localizadas na área urbana e 1 US localizada na área rural.

A infra-estrutura da rede de saúde pode ser visualizada nos QUADROS 2 e 3.

QUADRO 2 – Descrição dos Equipamentos de Saúde, no município de Rio Branco do Sul, em 2011.

EQUIPAMENTOS DE SAÚDE	LOCALIZAÇÃO	ORGANIZAÇÃO	MODELO DE ATENÇÃO/RECURSOS HUMANOS
Hospital Municipal	Área Urbana	Hospital e Maternidade, não tem UTI	Pronto Socorro Pronto Atendimento Especialidades
US Central	Área Urbana	US Básica ESF ESB	2 equipes de saúde bucal (ESB) modalidade 1(CD, ASB), a Central I atende 4.725 pessoas em sua área de abrangência e conta com o apoio de 12 agentes comunitárias de saúde (ACS) e a Central II atende 3.613 pessoas e conta com o apoio de 9 ACS.
US Papanduva	Área Urbana	US Básica ESF ESB	1 ESB modalidade 2 (CD, TSB, ASB), esta equipe tem o apoio de 10 ACS e atende 5.726 pessoas em sua área de abrangência, possui 2 dentistas de 20 horas semanais que atendem a demanda.
US São Pedro	Área Urbana	US Básica ESF ESB	US interditada pela vigilância sanitária estadual e permanece fechada para reformas. A equipe de saúde que atuava nesta US foi remanejada para outras unidades e ESB está realizando o atendimento no Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAIC), situado ao lado da US, as 6 ACS continuam seu atendimento na comunidade.
US Açungui	Área Rural	US Básica ESF ESB	1 ESB modalidade 1, esta equipe conta com o apoio de 13 ACS, atende 2.897 pessoas em sua área de abrangência.
Escola Municipal Prefeito Otávio Furquim	Área Urbana	Posto de atendimento odontológico	Possui 2 CDs e 1 ASB que atendem esta comunidade escolar.
CAIC	Área Urbana	Posto de atendimento odontológico	Possui 1 CDs e 1 ASB que atendem esta comunidade escolar.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco do Sul, 2011.

QUADRO 3 – Funcionamento dos Equipamentos de Saúde, no município de Rio Branco do Sul, em 2011.

EQUIPAMENTOS DE SAÚDE	PROCESSO DE TRABALHO	MATERIAIS E INSUMOS
Hospital Municipal	Não realiza atendimento odontológico.	Não realiza atendimento odontológico.
US Central	Realiza atendimento com agendamento prévio, realizado mensalmente com um número limitado de vagas, porém o usuário que conseguir agendar tem seu atendimento garantido até realizar o tratamento completo na atenção primária. Realiza atendimento de urgências. Não existe nenhum programa que otimize o atendimento e tampouco participa de programas desenvolvidos na US, como o grupo Hiperdia (hipertensos e diabéticos) e o grupo de gestantes.	Não existe nenhuma informatização, os relatórios diários e mensais são realizados manualmente. Possui 2 consultórios odontológicos com fotopolimerizador, autoclave, amalgamador e ultrassom com jato de bicarbonato.
US Papanduva	Realiza atendimento com agendamento prévio, realizado mensalmente com um número limitado de vagas, porém o usuário que conseguir agendar tem seu atendimento garantido até realizar o tratamento completo na atenção primária. Realiza atendimento de urgências. Não existe nenhum programa que otimize o atendimento e tampouco participa de programas desenvolvidos na US, como o grupo Hiperdia (hipertensos e diabéticos) e o grupo de gestantes.	Não existe nenhuma informatização, os relatórios diários e mensais são realizados manualmente. Possui 2 consultórios odontológicos com fotopolimerizador, autoclave, amalgamador e aparelho de RX.
US São Pedro	Está fechado para reformas	Está fechado para reformas
US Açungui	Realiza atendimento com distribuição diária de senhas, a equipe se desloca diariamente até a localidade. Realiza atendimento de urgências. Não existe nenhum programa que otimize o atendimento e tampouco participa de programas desenvolvidos na US, como o grupo Hiperdia (hipertensos e diabéticos) e o grupo de gestantes.	Não existe nenhuma informatização, os relatórios diários e mensais são realizados manualmente. Possui 1 consultório odontológico com fotopolimerizador, autoclave, amalgamador ultrassom com jato de bicarbonato e aparelho de RX.
Escola Municipal Prefeito Otávio Furquim	Realiza atendimento dos escolares, que com autorização dos pais ou responsáveis procuram o serviço, sem agendamento prévio.	Não existe nenhuma informatização, os relatórios diários e mensais são realizados manualmente. Possui 1 consultório odontológico com fotopolimerizador e amalgamador.
CAIC	Realiza atendimento dos escolares, que com autorização dos pais ou responsáveis procuram o serviço, sem agendamento prévio.	Não existe nenhuma informatização, os relatórios diários e mensais são realizados manualmente. Possui 1 consultório odontológico com fotopolimerizador e amalgamador.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco do Sul, 2011.

Este município não possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) por ser um município pequeno, mas também não possui outros recursos para prover a população na necessidade de um tratamento mais especializado que mereça outros níveis de atenção. O município está habilitado pela NOB/96, e o conselho municipal de saúde está composto desde 1991 e ocorrem reuniões mensais.

Apesar de ter um número satisfatório de profissionais, conforme o QUADRO 4, para atendimento da população, o município tem muitas localidades, na zona rural, distantes das unidades de saúde, e quando necessitam de atendimento, procuram a unidade central, por ser a primeira unidade do município e servir como referência, entretanto estas localidades possuem ESF itinerante rural, sem ESB, com nove ACSs e ainda o PACS rural com onze ACSs.

QUADRO 4 – Recursos Humanos na área Odontológica e Regime de Trabalho nas Unidades de Saúde no município de Rio Branco do Sul em 2011.

UNIDADE DE SAÚDE	RECURSOS HUMANOS/ CATEGORIA	NÚMERO DE PROFISSIONAIS POR UNIDADE DE SAÚDE	REGIME DE TRABALHO
US Central	Cirurgião-Dentista –CD	2	40h
	Auxiliar de Saúde Bucal -ASB	2	40h
	Técnico em Saúde Bucal -TSB	0	-
US Papanduva	Cirurgião-Dentista –CD	3	1-40h/ 2-20h
	Auxiliar de Saúde Bucal -ASB	1	40h
	Técnico em Saúde Bucal –TSB	1	40h
US São Pedro	Em reformas- equipe no CAIC	Em reformas- equipe no CAIC	Em reformas equipe no CAIC
US Açungui	Cirurgião-Dentista –CD	1	40h
	Auxiliar de Saúde Bucal -ASB	1	40h
	Técnico em Saúde Bucal –TSB	0	-
Escola Municipal Prefeito Otávio Furquim	Cirurgião-Dentista –CD	2	20h
	Auxiliar de Saúde Bucal -ASB	1	40h
	Técnico em Saúde Bucal –TSB	0	-
CAIC	Cirurgião-Dentista –CD	1	40h
	Auxiliar de Saúde Bucal -ASB	1	40h
	Técnico em Saúde Bucal-TSB	0	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do município de Rio Branco do Sul, 2011.

Como já foi descrito anteriormente, o município não possui um sistema informatizado, o que dificulta na obtenção de dados precisos da situação da saúde bucal da população, o último levantamento do índice CPO-D (índice que mede o número de dentes cariados, perdidos e obturados da população), foi realizado em 1996, e demonstrou grande ataque pela cárie dentária (CPO-D 12

anos= 6,52/levantamento epidemiológico SESA-1996 no mesmo ano o índice no Brasil era de 3,06). Avaliando os relatórios de alguns dos procedimentos que foram realizados pelos profissionais nos últimos doze meses, observa-se a situação quanto à atenção primária conforme o QUADRO 5.

QUADRO 5 - Procedimentos odontológicos realizados, no município de Rio Branco do Sul, período de julho 2010/ junho 2011.

PROCEDIMENTOS	3º TRIMESTRE 2010	4º TRIMESTRE 2010	1º TRIMESTRE 2011	2º TRIMESTRE 2011	TOTAL
1ª consulta	777	165	110	421	1473
Extrações permanentes	381	127	125	245	878
Restaurações anteriores	283	48	37	167	535
Restaurações posteriores	690	130	176	290	1286
Restaurações decíduos	184	42	38	101	365
Ação coletiva de bochecho fluorado	0	0	0	3457	3457
Ação coletiva de escovação supervisionada	12	71	0	485	568
Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica	0	0	0	0	0
Atendimentos de urgência	42	65	13	65	185

Fonte: DATASUS, 2011.

4.2.2 Análise Comparativa dos Dados Coletados

➤ O município tem 33.142 habitantes, o número de primeiras consultas no período de um ano foi de 1.473, e isto equivale a 4,4%, não atingindo a meta do Ministério da Saúde que é de 1 consulta odontológica por ano.

➤ Apesar do município ter uma quantidade satisfatória de profissionais atuando na saúde bucal muitos, ainda, estão lotados nas escolas reduzindo o acesso da população aos serviços ofertados. Este modelo não é mais indicado pelo Ministério da Saúde por ser excludente e não permitindo o amplo acesso ao serviço de saúde odontológico.

➤ O município tem 4.008 alunos matriculados nos anos iniciais do ensino fundamental, e no período de um ano foram realizados apenas 3.457 bochechos fluorados, não houve nem a cobertura mensal neste período.

➤ Mostra-se também reduzido o número de escovações supervisionadas.

➤ Também estão reduzidos os procedimentos curativos comparando o número de habitantes e o número de profissionais atuantes na saúde bucal.

➤ A falta de exames bucais com finalidade epidemiológica demonstra que não há registro de levantamentos da situação de saúde bucal do município o que restringe a formulação de qualquer política voltada à saúde bucal.

A odontologia não vem recebendo atenção necessária por parte dos gestores, e como já era de se esperar, os equipamentos estão se deteriorando por falta de manutenção, os profissionais estão desmotivados e o atendimento à população se encontra com acesso limitado, devido ao agendamento prévio. Neste município ainda existe um modelo retrógrado de atenção primária, com profissionais atendendo em escolas, restringindo desta forma o acesso por atender apenas os alunos e limitando também as atividades das ESB.

Em consonância com todas estas dificuldades, a ESB não consegue realizar as ações de prevenção e promoção de saúde bucal, por dedicarem todo o seu tempo ao atendimento nos serviços de natureza curativa e urgências, pois somente uma das USs possui profissionais que atendam a livre demanda. Assim as ESB ficam indisponíveis para os serviços de ações coletivas e visitas domiciliares. Vale ressaltar que nem todas as localidades recebem o atendimento ambulatorial necessário ofertado pelo município, por estarem em áreas descobertas pelas equipes da ESF e Unidades Básicas de Saúde.

O município de Rio Branco do Sul não conta com sistema informatizado para registro dos atendimentos realizados, assim não dispendo de meios para realizar relatórios eficientes que propiciem o levantamento de informações e elaboração de propostas visando melhorias.

O índice CPO-D que foi formulado por Klein e Palmer em 1937 mede o ataque de cárie, é o mais utilizado em todo o mundo, sendo o ponto de referência para diagnosticar as condições dentais para formulação e avaliação de programas de saúde bucal (Pinto, 2000). O último levantamento realizado do índice CPO-D

(dentes cariados, perdidos e obturados) no município foi em 1996 (CPO-D 12 anos =6,52) e desta maneira não possuímos índices atuais, e ainda acrescentamos que, a água de abastecimento do município não é fluoretada.

Como parte integrante do Projeto SB Brasil 2003, a secretaria de saúde de Curitiba realizou um levantamento (Curitiba, 2007) que mostrou a realidade do município de Curitiba com muito progresso nas condições de saúde bucal de sua população, e o município de Rio Branco do Sul por estar a menos de trinta quilômetros da capital também pode receber os benefícios de uma dentição saudável por meio da elaboração e implantação de políticas públicas efetivas.

5 PROPOSTA

É necessário organizar o serviço odontológico na atenção primária à saúde, propor uma continuidade aos outros níveis de atenção e ainda melhorias na estrutura física e humana das USs.

5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal.

As “linhas de cuidado” (do bebê, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso) são fundamentais para a organização deste modelo, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência).

Baseado no levantamento de dados do município verifica-se a necessidade de reestruturar, reorientar o serviço odontológico e informatizar as Unidades de Saúde com um sistema de dados em rede que permita avaliação dos serviços prestados visando melhorias e mudanças quando necessário.

Para alcançarmos com sucesso nosso objetivo, é necessário organizar a demanda, uniformizar o atendimento em todas as USs do município, propor que a água de abastecimento da cidade seja fluoretada para dispor de flúor sistêmico que, a longo prazo, vai favorecer o controle da doença cárie, propor um serviço de referência e contra-referência e ainda, organizar o atendimento nas unidades de saúde por linhas de cuidado, garantindo assim a assistência em todas as fases da vida.

Tendo como Compromissos Mínimos:

- Ampliação gradativa do acesso aos serviços de saúde bucal.
- Priorização no atendimento das urgências, conforme diretrizes de responsabilização e vínculo vigentes no SUS.
- Recuperação estética, por meio de restaurações diretas e/ou próteses totais ou parciais acrílicas removíveis.

- Melhoria da função mastigatória, através principalmente de restaurações diretas.
- Intensificar as ações de promoção à saúde, principalmente para os grupos vulneráveis.

5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

A criação de um protocolo de atendimento odontológico uniformizará todo o funcionamento do serviço e ainda garantirá o atendimento integral em todos os níveis de atenção, principalmente os de baixa e média complexidade. Desta forma, será possível pactuar metas com os profissionais, tanto nas atividades curativas como nas ações coletivas. O protocolo tem o objetivo de orientar os profissionais e melhorar o acesso da comunidade ao serviço odontológico, tornando-o mais rápido e dinâmico na resolução dos problemas de saúde bucal.

Com o propósito de alcançar o atendimento integral, torna-se necessário poder encaminhar o paciente para restabelecer sua saúde sem partir para a prática mutiladora ou perda da função, portanto o serviço de referência e contra-referência deverá ser instituído, seja por contato com as universidades para dispor de vagas garantidas para o município, por convênios com outros municípios ou ainda contratando serviços da rede privada do próprio município garantindo ao usuário atendimentos de média complexidade.

Temos a necessidade de reorganizar a lotação dos profissionais, retirando-os das escolas e colocando-os nas USs, desta forma melhorando o acesso e as atividades das ESBs.

Para conhecermos as necessidades iniciais pode-se utilizar a estimativa rápida, em que poderemos verificar as condições de risco à cárie e assim estabelecermos as prioridades e os trabalhos a serem desenvolvidos, de acordo com sua avaliação de risco (QUADROS 6 e 7) e ainda organizar visitas domiciliares quinzenalmente para fazer a territorialização, estabelecendo os cuidados necessários de atendimento, orientação, conduta e responsabilização do profissional e do paciente.

QUADRO 6. Classificação do risco de cárie para crianças > 36 meses, adolescentes e adultos.

FATORES A CONSIDERAR	CLASSIFICAÇÃO		
	Baixo	Médio	Alto
História (determinada pela anamnese)	Baixo	Médio	Alto
Presença de alteração sistêmica	Não	Não	Sim
Baixa condição sócio-econômica	Não	Sim	Sim
Exposição ao flúor	Sim	Sim	Não
Ingestão de alimentos cariogênicos	1 X/dia	2X/dia	3X ou mais/dia
Escovação dentária	2X ou mais/dia	1X ao dia	Não realiza
Avaliação Clínica	Baixo	Médio	Alto
Áreas de desmineralização (manchas brancas ativas em esmalte)	Ausente ou inativa	Até 2	3 ou mais
Cavidade de cárie	Ausentes ou restauradas	Presentes inativas mas não restauradas	Presentes e ativas
Biofilme visível nos dentes superiores	Ausente	Presente	Presente
Inflamação gengival (sangramento)	Ausente	Presente em até 4 dentes	Presente em mais de 4 dentes
Defeitos em esmalte	Ausente	Ausente	Presente
Presença de aparelhos protéticos ou ortodônticos	Não	Sim	Sim

Fonte: BUFFON, 2011.

Obs: A classificação quanto ao risco será determinada pelo maior risco assinalado.

QUADRO 7. Plano de Tratamento de acordo com risco de cárie dentária.

RISCO	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ADULTOS
BAIXO	- monitorar dieta e higiene bucal- selantes- flúor- retorno de manutenção: 3 a 6 anos – 18 meses 6 a 12 anos – 12 meses 13 a 19 anos – 12 a 18 meses	- monitorar dieta e higiene bucal - flúor - retorno de manutenção
MÉDIO	- instituir controle de dieta e higiene bucal- selantes- flúor- retorno de manutenção 3 a 6 anos – 12 meses 6 a 12 anos – 12 meses 13 a 19 anos – 12 meses	- instituir controle de dieta e higiene bucal - flúor - retorno de manutenção
ALTO	- controle rigoroso de dieta e do biofilme dental- prevenir a transmissibilidade da cárie mãe/cuidador- escavação em massa de cárie+ IV- selantes- flúor- retorno de manutenção: 3 a 6 anos – 6 meses 6 a 12 anos – 9 a 12 meses 13 a 19 anos – 12 meses	- controle rigoroso de dieta e do biofilme dental -prevenir a transmissibilidade de cárie mãe/cuidador - escavação em massa+IV - flúor - retorno de manutenção

Fonte: BUFFON, 2011.

5.2.1 Formas de acesso ao atendimento odontológico

Com o objetivo de atender a todos os usuários que procuram o Serviço de Odontologia de forma permanente, desenvolvendo o cuidado compartilhado com os demais programas na perspectiva de garantir a integralidade da atenção em saúde é necessário organizar o acesso a estes serviços.

5.2.1.1 Agendamento programado

Destina-se aos usuários dos serviços das unidades básicas de saúde (UBS) e aos usuários cadastrados nas unidades de saúde da família (USF). Este visa promover a saúde bucal através de ações de proteção, recuperação e reabilitação do indivíduo em seu contexto social.

É ofertado mediante agendamento na primeira segunda-feira de cada mês, com 20 (vinte) vagas por cirurgião dentista que atua na unidade. Esta modalidade de atendimento garante a conclusão de tratamento.

** PACIENTES FALTOSOS, com mais de duas faltas sem justificativa perderão o direito ao tratamento, devendo retornar ao agendamento no início do mês.

5.2.1.2 Pronto-atendimento (PA)

Destina-se à atenção clínica da queixa principal do usuário, sendo realizado em um dia da semana que melhor se adequar à rotina da US. Serão disponibilizadas 6 (seis) vagas por cirurgião dentista. O paciente poderá ser atendido por qualquer profissional que atue na unidade de sua procura.

A possibilidade de retorno é semanal e os usuários devem ser orientados quanto ao auto cuidado e sobre outras modalidades de serviços que são prestados (agendamento mensal, pronto-atendimento e urgências).

5.2.1.3 Urgências/ emergências

Realizado todos dos dias da semana, destinando-se a supressão da dor. Este atendimento será realizado preferencialmente até uma hora após o início do expediente em cada turno de trabalho.

Poderá haver intervenção clínica e/ou prescrição medicamentosa, a critério do cirurgião dentista e de acordo com a indicação do caso.

Os profissionais orientarão os usuários a procurar as outras formas de acesso ao sistema para continuidade do tratamento.

5.2.1.4 Manutenção da saúde bucal

Os retornos para manutenção devem ser instituídos como rotina após o término do tratamento, ter frequência definida pela avaliação de atividade da doença e fatores de risco individuais e ser agendado de acordo com cada situação. Nas consultas de manutenção as ações educativas e preventivas devem estimular a autonomia no cuidado à saúde.

Esta forma de acesso será viabilizada respeitando os itens descritos anteriormente, sem ônus às vagas constantes nos mesmos. Todas as formas de acesso deverão ser amplamente divulgadas aos usuários em local visível e de fácil acesso na unidade de saúde.

5.2.2 Na Estratégia em Saúde da Família

A ESF tem como princípios a vigilância à saúde e o trabalho voltado às famílias, reconhecendo o território, identificando o risco às doenças, as condições sócio-culturais, os costumes, a atenção adequada à comunidade, utilizar a Unidade de Saúde como porta de entrada aos serviços, tem comprometimento com o indivíduo e não com a doença, deve garantir proteção e acesso às famílias de maior risco, deve acompanhar as famílias e representá-las por genograma, o qual identifica os membros da família respeitando seus padrões de relacionamento.

Nas unidades Saúde da Família, os indivíduos moradores das áreas territorializadas e adscritas ingressam ao sistema de maneira semelhante à descrita na atenção básica, havendo atenção especial para os grupos de risco social e/ou biológico.

As ESBs programam atividades na área de abrangência, realizam ações de cunho preventivo e também reabilitadoras, utilizando o conceito do ciclo de vida sem perder a referência no núcleo familiar, e presta atendimento odontológico programado, de urgência, pronto-atendimento e extraclínica, promovendo a saúde bucal e estimulando o autocuidado.

As visitas domiciliares têm como objetivo conhecer a realidade das famílias, criar o vínculo, realizar avaliações de risco para programar atendimentos, realizar atenção em saúde bucal em domicílio e atender as pessoas impossibilitadas de ir a US.

O “Guia Prático do Programa de Saúde da Família” editado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001), traz inúmeras orientações para que as Secretarias de Saúde dos municípios possam equalizar a rotina de trabalho de suas ESBs. Entre as responsabilidades listadas no Guia, podemos citar o cadastramento de usuários e o planejamento, execução e acompanhamento das ações. Para que estas responsabilidades sejam atingidas, as ESBs devem:

- Adequar-se aos cadastros disponíveis pela ESF e PACS;
- Alimentar tais cadastros com informações que possam lhes ser úteis;
- Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas;
- Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes da ESF;
- Realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil da área de abrangência;

A efetivação das ações referentes a ESF será conduzida a partir de diretrizes pactuadas anualmente pela Coordenação de Atenção Primária à Saúde. As diretrizes contemplarão atividades preventivas e educativas em escolares, atendimento às gestantes, puericultura e hiperdia.

5.2.2.1 Diretrizes propostas

I. Atividade Preventiva e Educativa em Escolares:

A ESB terá, durante a semana, dois períodos de 01h30min disponíveis para a execução de atividades de Promoção de Saúde. A forma de atuação (qual escola, dias e horários da atividade, profissionais envolvidos, etc.) será pactuada com a coordenação da Odontologia, com a Responsável Técnica da Unidade de Saúde e com a direção da escola municipal.

Esta atividade deverá ter o seguinte roteiro:

- * Palestra semestral com material de apoio (vídeos, cartazes ou outro material educativo), para todos os alunos da escola;

- * Realização de “Revelação de Placa Bacteriana” e “Técnica de Escovação”, iniciando com os alunos da 1º ano e estendendo para os demais anos;

- * Realização de Terapia com Flúor (Escovação Supervisionada e Escovação com Flúor Gel) iniciando com os alunos dos 1º anos e estendendo para as demais anos.

II. Atendimento às Gestantes

Todas as gestantes acompanhadas pela ESF deverão ter seu atendimento priorizado pela ESB.

A gestante, após o cadastro no SIS PRÉNATAL, deverá ser encaminhada ao Cirurgião Dentista para consulta inicial e tratamento curativo e/ou preventivo.

A ESB deverá realizar, ao menos trimestralmente, atividades educativas (coletivas) com as gestantes. Esta atividade deverá ser agendada com a Responsável Técnica da US e realizada nos encontros mensais de Gestantes.

III. Atendimento da Puericultura

O atendimento das crianças inscritas no programa de Puericultura da área de abrangência US deverá ser realizado mediante pactuação com a Coordenação de Odontologia e em conformidade com o trabalho de Puericultura desenvolvido pela equipe de enfermagem.

A ESB deverá manter cadastro atualizado das crianças de sua área de abrangência, realizando atividades educativas e atendimento clínico das crianças da faixa etária de 0 a 5 anos. Deve fornecer as primeiras informações para a saúde do recém-nascido e afirmar a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento da musculatura orofacial e crescimento crânio-facial, bem como

informar sobre hábitos inadequados como uso de chupetas, mamadas noturnas e falta de higiene bucal.

IV. Usuários inscritos no programa HIPERDIA

Terão seu atendimento priorizado mediante pactuação com a Coordenação de Odontologia e em conformidade com o trabalho do Programa Hiperdia desenvolvido pela US.

5.2.3 Organização da demanda por ciclo de vida

Visa organizar a demanda para cada ciclo de vida, adequando os usuários às suas necessidades.

5.2.3.1 Bebês (0 A 24 meses)

O bebê recebe os primeiros cuidados da ESB através de orientações educativas as gestantes e familiares, orientando a gestante sobre sua dieta, pois a partir o quarto mês inicia-se o desenvolvimento do paladar do bebê, bem como o uso de hábitos inadequados, como amamentação noturna, uso de chupeta e ausência de higiene bucal. Devem também receber orientações sobre os benefícios da amamentação natural para o desenvolvimento orofacial e respiração bucal e como evitar a transmissibilidade de microorganismos cariogênicos da mãe para o filho.

5.2.3.2 Crianças (2 A 9 anos)

Nesta fase as ações de educação e promoção de saúde devem ser inseridas e a participação da família é muito importante. Estar atento a orientações quanto à erupção dentária e queda cronológica dos dentes decíduos, bem como dos traumatismos dentários e ainda orientar sobre o surgimento dos dentes permanentes.

5.2.3.3 Adolescentes (10 A 19 anos)

Deve aumentar o acesso dos adolescentes a US, capturar, estimular e desenvolver ações de promoção de saúde bucal, priorizar o atendimento programado, pois nesta etapa aumenta o risco à cárie e à doença periodontal, necessita orientação para o autocuidado, pois, nesta fase escovam os dentes sozinhos. A ESB deve promover a alimentação saudável e trabalhar com problemas como fumo, álcool entre outros.

5.2.3.4 Adultos (20 A 59 anos)

Esta faixa etária é muito ampla e por muito tempo foi desassistida devido ao modelo de atenção a escolares.

Realizar uma boa anamnese para identificar e diagnosticar precocemente determinadas patologias. Atentar para a doença periodontal, fumo, diabetes mellitus, HIV e outros. Doenças sistêmicas podem ter manifestações bucais, a diabete pode causar xerostomia, sensação dolorosa na língua, candidíase, periodontopatias, deve-se inscrever este paciente no programa da US.

O paciente hipertenso deve ser inscrito no programa da US e ser orientado quanto ao controle da pressão arterial. O câncer de boca pode ocorrer mais freqüentemente nesta faixa etária e por isso o diagnóstico precoce é essencial, atentar para os fatores de risco como fumo, álcool, sexo, idade, próteses mal adaptadas, higiene bucal inadequada e exposição solar.

5.2.3.5 Idosos (60 anos ou mais)

Estes pacientes podem ter alterações sistêmicas associadas, assim devemos estar atentos quanto ao uso de medicações contínuas. Observar as alterações bucais como o câncer de boca, as cáries de raiz, o edentulismo e as periodontopatias. Muitas vezes estes pacientes estão acometidos por enfermidades e assim é necessário um tratamento individualizado respeitando o seu estado físico,

emocional e estilo de vida. Às vezes é preciso se reportar ao cuidador solicitando ajuda para realizar os cuidados com a saúde bucal.

5.2.3.6 Gestantes

A saúde bucal da gestante está relacionada com sua saúde geral, podendo interferir na saúde bucal e geral do bebê. O trabalho da ESB com as gestantes é na conscientização sobre cuidados com ela e o bebê. Nesta fase ela se mostra mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que influenciarão no desenvolvimento do bebê. Podem ocorrer mudanças no organismo que levam ao surgimento de problemas bucais como: aumento da acidez bucal; alterações hormonais e aumento da vascularização gengival; náuseas, vômitos, aumento na produção de saliva; mudança de hábitos alimentares e diminuição dos cuidados com a higiene bucal.

O tratamento odontológico à gestante pode ser realizado em qualquer período gestacional, porém o segundo trimestre é o mais indicado devido à estabilidade da mãe e do bebê. Os atendimentos de urgência deverão ser realizados observando o cuidado para cada período gestacional.

5.2.3.7 Portadores de necessidades especiais

Todo paciente que apresente limitações temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica que o impeça de ser submetido ao atendimento odontológico convencional. O atendimento deve ser realizado respeitando as limitações e encaminhar a especialidade quando necessário. Orientações sobre alimentação saudável e higiene bucal devem ser realizadas aos familiares ou cuidadores.

5.2.4 A fluoretação da água de abastecimento

A fluoretação da água de abastecimento se constitui em uma medida de grande alcance em saúde pública no que diz respeito ao controle da doença cárie e por isso avaliar esta proposta seja uma das ações mais importantes, pois conforme as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), a meta é 100% da água de abastecimento dos municípios fluoretada.

Será necessário que os setores envolvidos estejam sensibilizados e desta forma as reuniões com os representantes da secretaria municipal de saúde, Secretário Municipal de Saúde, Responsável Técnica das Unidades, Coordenador de Saúde Bucal, Coordenador da Atenção Primária à Saúde e o Conselho Municipal de Saúde se tornam indispensáveis, as reuniões devem ser realizadas com o objetivo de motivar a equipe e fazer com que os gestores fiquem convencidos da necessidade de estruturação da atenção em saúde bucal dentro dos princípios do SUS e da ESF. Estas reuniões devem ser mantidas para a avaliação após a implantação de forma sistemática, bimestralmente, para continuar com as melhorias e também poder se antecipar para administrar as mudanças que irão ocorrer durante todo o período, deverá ser organizado um grupo de apoio para implantar as melhorias propostas e este grupo deverá permanecer durante todo o processo.

O projeto destina-se à Secretaria Municipal de Saúde, que elegerá um representante do grupo que será o responsável pela execução da proposta e os setores que estarão envolvidos com o serviço são: as Escolas, a Secretaria Municipal de Educação, a Secretaria Municipal de Saúde, as Unidades Básicas de Saúde, o Coordenador da Atenção Primária, o Coordenador da Saúde Bucal e os Cirurgiões Dentistas (CDs), Auxiliares de Saúde Bucal (ASBs), Técnicos em Saúde Bucal (TSBs) e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).

5.3 RECURSOS

Para realizar este plano de intervenção serão necessários recursos humanos, como aumentar o número de profissionais de saúde bucal, cirurgia-

dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico em saúde bucal e ainda agentes comunitárias de saúde.

Disponer recursos de caráter financeiro para iniciar o processo de fluoretação da água de abastecimento da cidade, em que deverá haver sensibilização dos gestores municipais de outras áreas e não apenas da saúde e da odontologia mais especificamente. Será necessário realizar a manutenção da equipe, remuneração, capacitar os profissionais e realizar treinamentos. Para comportar mais consultórios odontológicos as unidades de saúde irão precisar de reformas para novas instalações do ambiente físico, e ainda, para implantar um sistema informatizado serão necessários recursos para adquirir computadores, impressoras, sistema de dados para odontologia, bem como treinamento para uso do mesmo.

5.4 RESULTADOS ESPERADOS

➤ Implantar 5 (cinco) novas equipes de saúde bucal de acordo com o seguinte cronograma e priorizando as áreas de risco muito elevado: 2 equipes em 5 até dezembro de 2012/ 3 equipes em 7 até dezembro de 2013.

➤ Tomando como referência o ano de 2010, ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica em: 5% em 2011/ 20% em 2012/ 30% em 2013/ 40% em 2014.

➤ Implantar a formulação do “Protocolo de Atenção Básica em Saúde Bucal” até junho de 2012 e até dezembro de 2012 capacitar os profissionais na utilização deste.

➤ Realizar até junho de 2012, capacitação de profissionais para levantamento epidemiológico com o propósito de obter resultados até dezembro de 2012.

➤ Estabelecer convênios com as universidades e associações, redefinindo fluxos, ações assistenciais, de educação permanente até dezembro de 2012.

➤ Realizar visitas às instituições sociais, buscando ampliar as ações de promoção em saúde bucal realizadas por cuidadores, cobrindo: 30% das instituições em 2011/ 50% das instituições em 2012/ 100% das instituições em 2013.

- Aumentar atividades de promoção de saúde em escolares em 100% até dezembro de 2012.
- Tomando como referência o ano de 2012 utilizar o Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal nos espaços coletivos, como ferramenta orientadora para o planejamento local em: 20% das USs em 2013/ 50% das USs em 2014.
- Tomando como referência o ano de 2010, ampliar a oferta de consultas especializadas de Saúde Bucal em: 10% em 2012/ 30% em 2013/ 50% em 2014.
- Tomando como referência o ano de 2010, ampliar o número de tratamentos completados em controle de doenças bucais: 20% em 2012/ 50% em 2013/ 60% em 2014.
- Organizar os profissionais de saúde bucal nas USs retirando-os das escolas até dezembro de 2011.
- Informatizar os serviços de atendimento das USs seguindo o cronograma. 30% em dezembro de 2012/ 50% em julho de 2013/ 100% em dezembro de 2013.
- Levantar a possibilidade de fluoretação da água de abastecimento do município com os atores que serão envolvidos nesta ação até junho de 2012.

5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

A falta de recursos financeiros certamente será o maior problema a ser esperado, e desta forma cabe aos gestores sensibilizarem as instâncias estaduais quanto aos problemas do município, solicitando repasse de incentivos, para que os principais problemas que impedem a atenção integral à saúde bucal do Município de Rio Branco do Sul possam ser sanados e a população seja assistida quanto as suas necessidades em saúde.

6 CONCLUSÃO

Ao término deste estudo, verificamos que as condições de saúde bucal da população rio-branquense necessitam de melhorias na atenção. Acredito que ao realizarmos todos os ajustes propostos conseguiremos melhorar a qualidade de vida da população. O SUS se compromete a uma atenção integral, com equidade e universalidade de acesso, e estes princípios foram os pilares deste projeto.

As políticas públicas em saúde estão voltadas para atender a população, do indivíduo à família, do bebê ao idoso, dos saudáveis aos doentes, o indivíduo é o centro da atenção em todo o seu contexto social.

O contínuo monitoramento e a contínua avaliação das propostas apresentadas se fazem necessários, pois, índices, dados e coeficientes se alteram, estas alterações poderão acontecer com a mudança das necessidades de saúde bucal da comunidade e assim, estar atento a estas mudanças faz com que a saúde bucal da população venha a evoluir com ganhos tanto quantitativos como qualitativos.

Certamente com profissionais competentes, capacitados e motivados conseguiremos mudar o perfil atual da saúde bucal do município de Rio Branco do Sul, restabelecer a promoção da saúde, prevenir as doenças e trazer os benefícios do cuidado e do vínculo profissional/paciente.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Fernando Borba de; BARATA, Juliana Sarmento. Promoção de Saúde Bucal em Odontopediatria. In: KRIGER, Léo. **Promoção de Saúde Bucal** - Terceira edição – São Paulo. Artes Médicas: ABOPREV, 2003. cap.14.ISBN:85-7404-091-6.

BEZERRA, Ana Cristina Barreto; TOLEDO, Orlando Ayrton de. Nutrição, dieta e cárie. In: KRIGER, Léo. **Promoção de Saúde Bucal** - Terceira edição – São Paulo. Artes Médicas: ABOPREV, 2003. cap.3.ISBN:85-7404-091-6.

BRASIL, Constituição Federal de 1988. **Saúde na constituição Federal**, título VIII, da ordem social, capítulo II, da seguridade social, seção II- da saúde, artigo 196.

BRASIL. **Lei no. 8080/90**. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei no. 8142/90**. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Todos pela Educação** – Rio Branco do Sul. Disponível em:
<http://www.todospelaeducacao.org.br>
Acesso em 23/08/2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva /Departamento de Apoio a Descentralização. **O SUS no seu município, garantindo saúde para todos**. Série B, Textos Básicos de Saúde. Brasília/DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, número 17. **Saúde Bucal**. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de saúde Bucal**. Brasília 2004.

BRASIL, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010**, Nota para a Imprensa, Disponível em:
http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Sa%C3%BAde%20Bucal/SB_NI_2010dez28.pdf
Acesso em 16/08/2011.

BUFFON, Marilene da Cruz Magalhães. **Protocolo de Saúde Bucal**. Aula Power Point. UFPR. Curitiba. Pr; 2011.

CARATINGA, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento Odontológico. **Protocolo de Saúde Bucal**. Caratinga, 2009.

CURITIBA, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Epidemiologia, Coordenação de Diagnóstico em Saúde. **Condições de Saúde Bucal da População de Curitiba**. Curitiba, 2007.

CURITIBA, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Informação em Saúde. **Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal**. Curitiba, 2004.

CRUZ, Roberval de Almeida. Reatividade de produtos fluoretados aplicados topicamente no esmalte humano. In: KRIGER, Léo. **Promoção de Saúde Bucal** – Terceira edição – São Paulo. Artes Médicas: ABOPREV, 2003. cap.10. ISBN:85-7404-091-6.

DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Informações de Saúde**. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qapr.def>
Acesso em 22/08/2011.

GROISMAN, Sonia; MEDEIROS, Urubatam. Cariologia e a Clínica. In: KRIGER, Léo. **Promoção de Saúde Bucal** - Terceira edição – São Paulo. Artes Médicas: ABOPREV, 2003. cap.6. ISBN:85-7404-091-6.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. @ **idades**. Rio Branco do Sul. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=412220>
Acesso em 27/07/2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Biblioteca IBGE**. Rio Branco do Sul. Disponível em:
<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/parana/riobrancodosul.pdf>
Acesso em 27/07/2011.

Indicadores Sociais do Município de Rio Branco do Sul. Disponível em :
http://www.viablog.org.br/conteúdo/Indicadores_RioBrancoSul.pdf
Acesso em 27/07/2011.

IPARDES, Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico do Município de Rio Branco do Sul**. Maio, 2011. Disponível em:
<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/montapdf.php?Municipio=83540&btOK=ok>
Acesso em 01/08/2011.

LONDRINA, Prefeitura Municipal, Autarquia Municipal de Saúde. **Manual de Saúde Bucal**. Domingos Alvanhan e Cristiane de Andrade Janene Gonini, coordenadores.- 1ed. Londrina:[sn], 2009.

MALTZ, Marisa; CARVALHO, Joana. Diagnóstico da doença cárie. In: KRIGER, Léo. **Promoção de Saúde Bucal** - Terceira edição – São Paulo. Artes Médicas: ABOPREV, 2003. cap.4. ISBN:85-7404-091-6.

MANFREDINI, Marco Antonio. **Promovendo Saúde Bucal**. Revista Brasileira de Saúde da Família. Edição Especial 2004.

MARTINS, Ronald Jefferson; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Ísper; LIMA, Daniela Coêlho de. **Percepção dos Coordenadores de Saúde Bucal e Cirurgiões-Dentistas do Serviço Público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.75-82, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/08.pdf>
Acesso em 27/07/2011.

NARVAI, Paulo Capel. **Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade**. Rev Saúde Pública 2006;40(N Esp):141-7.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30633.pdf>
Acesso em 01/08/2011.

PETRY, Paulo C.; PRETTO, Salette Maria. Educação e Motivação em Saúde Bucal. In KRIGER, Léo. **Promoção de Saúde Bucal** - Terceira edição – São Paulo. Artes Médicas: ABOPREV, 2003. cap.18. ISBN:85-7404-091-6

PINTO, Vitor Gomes. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. KRIGER, Léo. **Promoção de Saúde Bucal** - Terceira edição – São Paulo. Artes Médicas: ABOPREV, 2003. cap.2. ISBN:85-7404-091-6.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva**; Quarta Edição, Editora Livraria Santos, 2000.

RIO BRANCO DO SUL, PR. **Prefeitura Municipal**. Disponível em:
<http://www.riobrancodosul.pr.gov.br>
Acesso em 01/08/2011.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolos e Rotinas de Funcionamento dos Serviços de Saúde Bucal na Atenção Básica, Média e Alta Complexidade**. Rio de Janeiro.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap.2. ISBN: 853630166X.

SILVA, Milton Fernando de Andrade. Flúor: Metabolismo, toxicologia, fluorose e cárie dental. In: KRIGER, Léo. **Promoção de Saúde Bucal** - Terceira edição – São Paulo. Artes Médicas: ABOPREV, 2003. cap.9. ISBN:85-7404-091-6.

WEYNE, Sérgio de Carvalho. A construção do paradigma de promoção de saúde - um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, Léo. **Promoção de Saúde Bucal** - Terceira edição – São Paulo. Artes Médicas: ABOPREV, 2003. cap.1. ISBN:85-7404-091-6.

ANEXO**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****TERMO DE CONSENTIMENTO**

Autorizo a CD Cibele Mathias Vitoreti, CRO-PR 13048, a realizar sua atividade de pesquisa com obtenção de dados relativos a saúde bucal do município, dados do serviço odontológico prestado e da instituição a fim de realizar seu trabalho de conclusão de curso, Projeto Técnico.

Rio Branco do Sul, 18 de agosto de 2011.

Dr. Sineden Aparecido de Lara
Secretário Municipal de Saúde

Dr. Paulo Ripel Salgado
Coordenador da Atenção Primária à Saúde