

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**ANÁLISE DO FLUXO ASSISTENCIAL NA SAÚDE BUCAL EM
MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL**

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ana Paula De Zorzi Baum

Três de Maio, RS, Brasil

2011

ANÁLISE DO FLUXO ASSISTENCIAL NA SAÚDE BUCAL EM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL

Ana Paula De Zorzi Baum

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Profª Drª Liane Beatriz Righi

Três de Maio, RS, Brasil

2011

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização
Pública em Saúde EaD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Monografia de Conclusão de Curso**

**ANÁLISE DO FLUXO ASSISTENCIAL NA SAÚDE BUCAL EM
MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL**

elaborada por
Ana Paula De Zorzi Baum

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

Comissão Examinadora

Liane Beatriz Righi, Dr^a
(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

Loiva Beatriz Dallepiane, Dr^a
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Fernanda Beheregaray Cabral, Msc
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Três de Maio, 2 de julho de 2011.

RESUMO

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

ANÁLISE DO FLUXO ASSISTENCIAL NA SAÚDE BUCAL EM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL

AUTORA: ANA PAULA DE ZORZI BAUM

ORIENTADORA: LIANE BEATRIZ RIGHI

Data e Local da Defesa: Três de Maio, 2 de julho de 2011.

RESUMO

O fluxo assistencial no sistema de saúde pode-se configurar na produção de cuidado ao contemplar as necessidades de saúde dos usuários. Este estudo analisa o fluxo assistencial em saúde bucal em município da região noroeste do Rio Grande do Sul sob a perspectiva das linhas de cuidado na composição da rede de atenção em saúde. Trata-se de pesquisa de natureza descritiva e exploratória, tipo estudo de caso. Utiliza-se da observação participante para análise do fluxo assistencial, e do fluxograma descritor, que consiste na representação gráfica de um determinado processo de trabalho. Dentre os resultados, demonstra as formas de acesso, nós críticos e expõe uma linha de atendimento fragmentada e precária, em que o usuário faz seu itinerário na rede. Por fim, considera-se que o fluxo assistencial não conforma linhas e nem redes de cuidado, embora esteja no imaginário da gestão e trabalhadores de saúde a existência de um fluxo 'cuidador' organizado em rede. Os critérios utilizados como 'bom senso' poderiam integrar uma discussão e pactuação de fluxo assistencial pautado em linhas de cuidados ao encontro da integralidade em saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal. Fluxo assistencial. Linhas de cuidado. Acesso. Integralidade.

ABSTRACT

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

ANALYSIS OF FLOW IN ORAL HEALTH CARE IN THE MUNICIPALITY OF RIO GRANDE DO SUL

AUTORA: ANA PAULA DE ZORZI BAUM

ORIENTADORA: LOIVA BEATRIZ DALLEPIANE

Data e Local da Defesa: Três de maio, 2 de julho de 2011.

ABSTRACT

The flow of care in the health system can be configured in the production of care to address the health needs of real users. This study examines the flow of care in oral health in a municipality in the northwestern region of Rio Grande do Sul from the perspective of care lines in the composition of the network of health care. This research is descriptive and exploratory case study. Used participant observation to analyze the flow of assistance, as well as the flow chart is used descriptor, which is the graphical representation of a particular work process. Among the results, shows the forms of access, critical nodes and exposes a hotline fragmented, weak, where the user makes your itinerary on the network. Finally, it is considered that the flow lines and conforms not care or care networks, although in the minds of management and health workers the existence of a flow 'caregiver' organized network. The criteria used as 'common sense' could include a discussion and agreement guided assistance in flow lines to meet the full care in oral health.

Keywords: Oral health. Flow care. Lines of care. Access. Completeness.

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUÇÃO	7
METODOLOGIA	9
O CUIDADO NO FLUXO ASSISTENCIAL A SAÚDE BUCAL.....	9
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS.....	17

O FLUXOGRAMA DESCRITOR NA ANÁLISE DA SAÚDE BUCAL EM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL¹

Ana Paula De Zorzi Baum²

Liane Beatriz Righi³

Liamara Denise Ubessi⁴

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e equidade e diretrizes da descentralização e controle social (BRASIL 1990a, 1990b), para garantia do direito a saúde (BRASIL, 1988). Organiza-se em rede e aposta no fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006a), que consiste na oferta de serviços de alta complexidade e baixa densidade tecnológica, em território adscrito.

Para Mattos e Pinheiro (2006), a atenção básica tem função estratégia no funcionamento do SUS, pois redefine a idéia de redes como cadeia de cuidado progressivo em saúde ao encontro do que propõe o Pacto pela Saúde no que se refere a regionalização como eixo estruturante para orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006a).

No mundo, os sistemas de saúde com base universal, como é o caso do Brasil, garantem a cobertura e o acesso por meio do modelo de redes hierarquizadas e regionalizadas, por considerar a inter-relação do princípio da universalidade com a organização de redes de cuidado, pelo fato de que as necessidades de saúde da maioria da população podem ser resolvidas em serviços com maior densidade de tecnologias leves (KUSCHNIR, CHORNY, LYRA, 2010).

A saúde bucal consiste na ausência de toda e qualquer moléstia ou mal formação e anomalias dos dentes e demais tecidos que compõem a cavidade bucal, que interfiram no desempenho da função mastigatória, fonética e estética do

¹Trabalho de conclusão de Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul (CESNORS).

² Cirurgiã Dentista, especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde pela UFSM, trabalhadora de saúde.

³ Enfermeira, Sanitarista, Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP/SP, professora do CESNORS/UFSM, orientadora.

⁴ Psicóloga, Enfermeira, Sanitarista, Mestranda em Educação nas Ciências pela UNIJUÍ, bolsista taxa CAPES, colaboradora.

indivíduo (PMS, 2010). No decorrer da história, alicerçou-se em práticas curativas, conhecimento compartimentalizado e fragmentação do ato terapêutico (SANTOS, 2008).

Deste modo, o fluxo assistencial no sistema de saúde pode-se configurar na articulação e produção deste cuidado, contudo estudos mostram que em determinadas situações, o usuário é que estabelece o próprio itinerário do cuidado ou fica desassistido (UBESSI, RIGHI, CECCIM, 2007, DECKERT, 2007), pois o fluxo existente não contempla as necessidades de saúde ou não acolhe em uma linha de cuidado.

Para Ceccin (2007), uma linha do cuidado supõe trânsito entre ações e serviços, ambos necessitando estar suficientemente acessíveis e complementando-se, pela participação em um projeto cuidador para integralidade da atenção. Ainda conforme o autor, atender integralmente supõe reconhecer em quê se inscreve uma demanda de saúde, apreendendo as singularidades e não apenas as homogeneidades daquilo que demanda cuidado e por isso envolve gestão, atenção e inclusive os movimentos sociais.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), para a organização do trabalho pautado na integralidade, é fundamental que sejam pensadas linhas de cuidado, com a articulação de fluxos que impliquem ações resolutivas de saúde nos âmbitos primário, secundário e terciário, centradas no acolher, informar, atender, encaminhar, resolver, em que o usuário se sinta integrante do processo de cuidado.

O fluxo assistencial é a capacidade instalada em determinado território/município/região para atendimento a saúde, contudo, não se pode afirmar que garanta uma linha de cuidado integral em saúde. Para tanto, é necessário o estabelecimento de redes de serviços em que linhas de cuidado possam ser estabelecidas, com planos terapêuticos singulares ou proposição de itinerários, negociado com os usuários.

Deste modo, este estudo analisou o fluxo assistencial em saúde bucal em município da região noroeste do Rio Grande do Sul sob a perspectiva das linhas de cuidado na composição da rede de atenção em saúde, centrado nas necessidades de saúde do usuário.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de natureza descritiva e exploratória, tipo estudo de caso. Utiliza-se da observação participante para análise do fluxo assistencial na atenção a saúde bucal em município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, nos meses de março a maio de 2011, respeitado os preceitos éticos da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

O estudo de caso, conforme Gil (2002), é profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de modo a permitir amplo e detalhado aprofundamento e conhecimento. Para o mesmo, esta modalidade de pesquisa é usada com frequência nas ciências sociais e biomédicas, e os seus resultados não tem a pretensão de conclusão, mas de formulação de hipóteses e abertura para se seguir pesquisando.

A observação participante, segundo Minayo (2004), consiste em um processo no qual se mantém a presença do observador na situação, na relação com os observados, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Ao participar no cenário em que o estudo ocorre, a coleta dados e se torna parte do contexto em observação.

Deste modo, foi contextualizado e realizado o mapeamento da oferta de serviços na saúde bucal na atenção básica no município em estudo, por meio do uso do fluxograma descritor, que consiste na representação gráfica de um determinado processo de trabalho, como uma forma de olhar como se organiza o mesmo, e identificar que serviço há (JUNIOR, CAMPOS, SEM, TEIXEIRA, MTB et al, 2006). Para análise dos dados, foi utilizado referencial bibliográfico de autores do campo da saúde coletiva, que tem se ocupado dos temas das linhas de cuidado em saúde, gestão, e integralidade da atenção.

O CUIDADO NO FLUXO ASSISTENCIAL A SAÚDE BUCAL

O município em estudo conta com em média setenta e quatro mil habitantes, predominantemente urbanos (IBGE, 2010). O serviço de saúde bucal no município em questão integra a organização da Atenção Básica e especializada, ofertado em 11 Unidades de Saúde (US), entre as quais, sete em US com Estratégia de Saúde da Família (ESF), dois em US sem ESF, um na Unidade de Atendimento 24 horas, no horário das 7:30h às 17h, e outro no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Também, há Unidades que não possuem a oferta do serviço de saúde bucal.

Para atender a saúde bucal da população, o Serviço conta com vinte e um Cirurgiões Dentistas e cinco Auxiliares em Saúde Bucal, contratados por meio da realização de concurso público, com 20 ou 40 horas semanais. Destes, sete atuam nas quatro UBS sem ESF e seis atuam nas sete UBS com ESF, um na APAE do município e sete no CEO, que realiza procedimentos de dentística restauradora, periodontia, endodontia e cirurgia geral. A saúde bucal está organizada, de modo geral a considerar um odontólogo a cada 5 a 10 mil habitantes. Cada odontólogo/a atende em média 14 a 16 usuários/dia, com variações de acordo com os critérios para prioridade do atendimento e o '*bom senso*' de cada profissional. Nos casos de afastamento deste trabalhador em situação de férias, licença saúde, parte de sua carga horária é substituída por outro profissional que deixa a descoberto parte de seu território (US com e sem ESF).

A Estratégia de Saúde da Família prevê que a equipe de saúde seja multidisciplinar e responsável, por no máximo, 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes (BRASIL, 2006). Em relação à oferta de Serviço Odontológico, as Equipes de Saúde Bucal na modalidade primária devem ser compostas por um Cirurgião Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF. Já nas Equipes de Saúde Bucal modalidade secundária, a equipe deverá ser composta por Cirurgião Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário e Técnico de Higiene Dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESF. No campo de estudo verifica-se que a oferta de serviços odontológicos não atende a estas prerrogativas na garantia do acesso integral.

De todo modo, com vistas a integralidade na atenção em saúde bucal, o serviço se organizou como parte integrante da rede de atenção básica e atua por meio de ações de prevenção, promoção e assistência à saúde bucal. Na prevenção e promoção da saúde, realiza atendimento às gestantes e, posteriormente, aos seus filhos até completarem três anos de idade, realizando procedimentos de prevenção, como orientação de higiene, escovação e controle de dieta. Este serviço é ofertado por todas as Unidades de Saúde que tem o serviço de saúde bucal.

Também, é desenvolvido o Programa Educativo Preventivo, com ações de educação em saúde bucal nas escolas, por meio de palestras e escovação coletiva supervisionada, com distribuição de escova dental e dentífrico fluoretado (creme

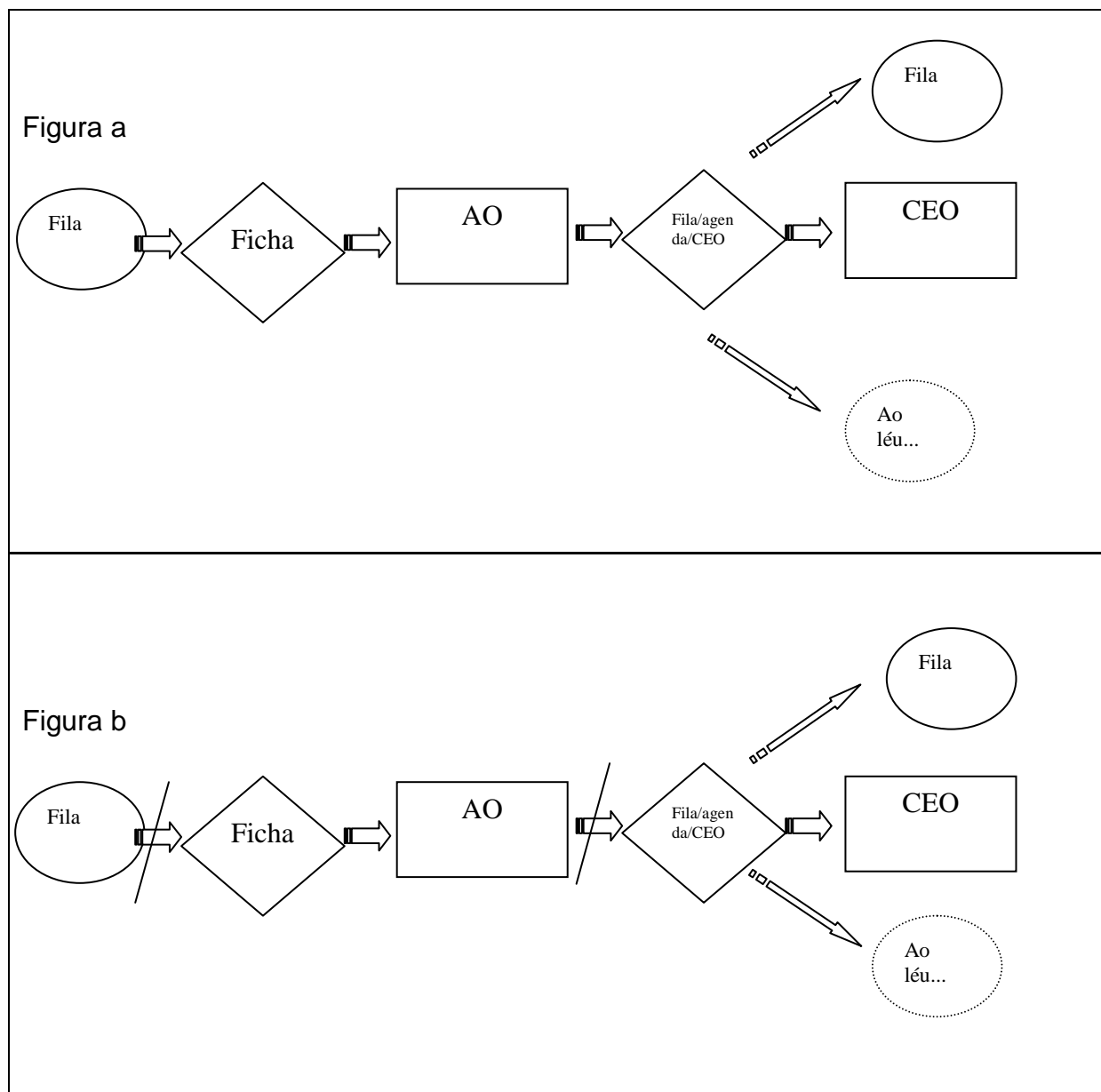
dental). O público alvo deste projeto são crianças de até 10 anos, que estudam nas escolas e creches do município.

No CEO são atendidas pessoas que necessitam de procedimentos especializados, que não podem ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde, por meio de encaminhamento realizado pelo profissional de odontologia da atenção básica. Contudo, não há registro se todos que recebem autorização procuram pelo CEO e nem há uma sistemática de retorno do CEO a UBS quanto a este atendimento, salvo pelo próprio usuário, ao invés dos serviços se organizarem para o traçado que implica o cuidado em saúde bucal na perspectiva da integralidade.

Nas Unidades de Saúde, o usuário tem acesso para o atendimento em saúde bucal mediante fila e recebimento de ficha ou por agendamento nos casos de idosos, gestantes e crianças e conforme o *'bom senso'* de cada profissional, há priorização para situações de dor. Observa-se deste modo, que a necessidade de saúde do usuário, em alguns casos, está atrelada a decisão do trabalhador na área de odontologia, e não está pactuada na atenção básica.

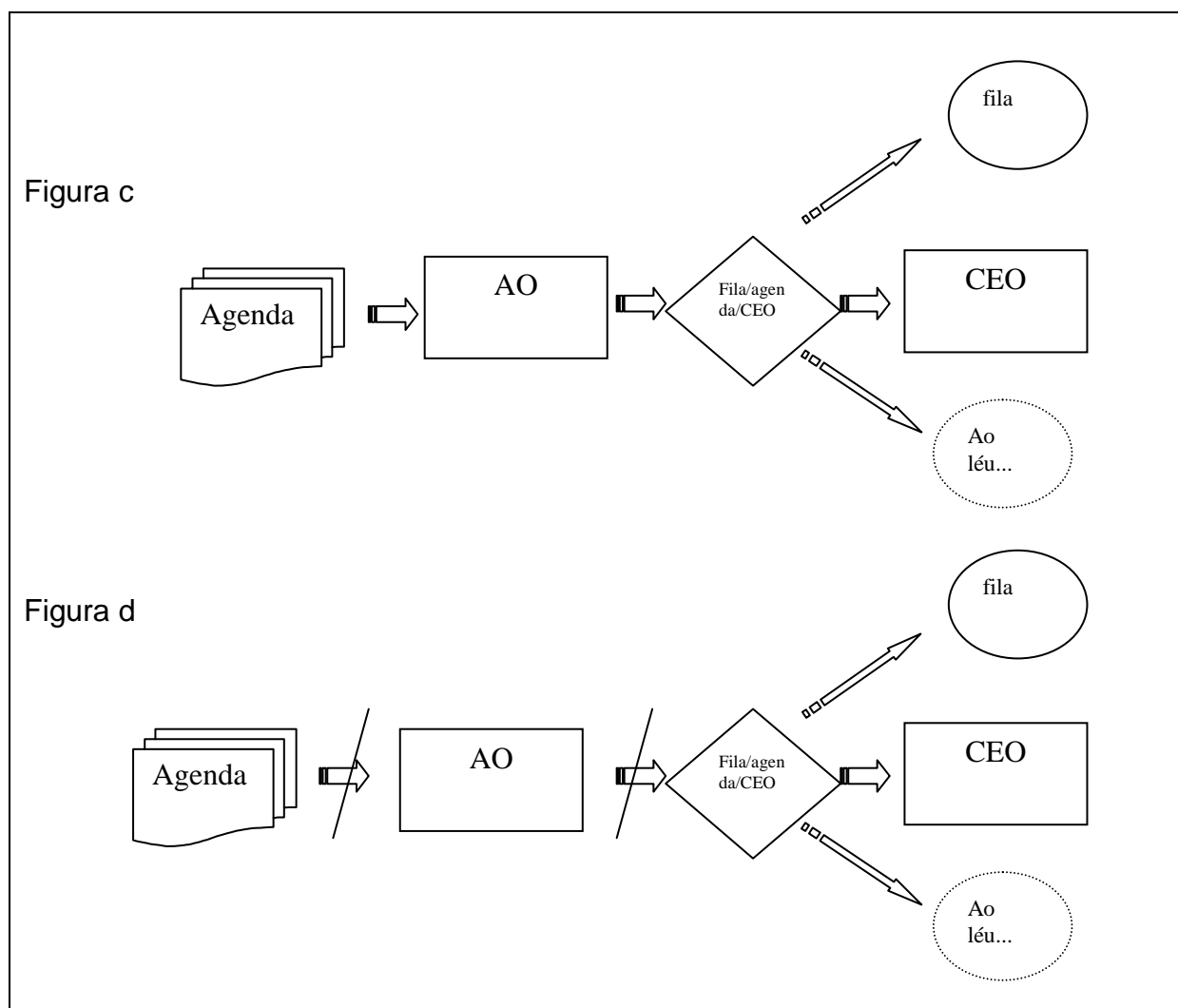
No atendimento no sistema fila/ficha, são destinadas de quatro a seis por dia, entregues no momento de abertura da UBS (7:30h). Deste modo, para garantia da ficha, a fila se inicia na madrugada e, ao somar seis pessoas, os demais que chegam com a mesma demanda de ficha para o serviço de odontologia desistem e retornam no dia subsequente, geralmente mais cedo, ou procuram por outras formas de atendimento, ou ainda, ficam desassistidos.

O usuário que consegue a ficha e acessa ao serviço odontológico, no caso da necessidade de continuidade do tratamento, não é agendado retorno, necessitando retornar para a fila com vistas a prosseguir na terapêutica, salvo em casos específicos em que o Cirurgião Dentista pelo *'bom senso'* define se será (re)agendado ou não. Neste momento, denota-se que acessar ao sistema não significa acessar a uma rede. Apenas, acessa-se ao serviço apresentado, de forma episódica e fragmentada. A linha de cuidado está reduzida ao atendimento.



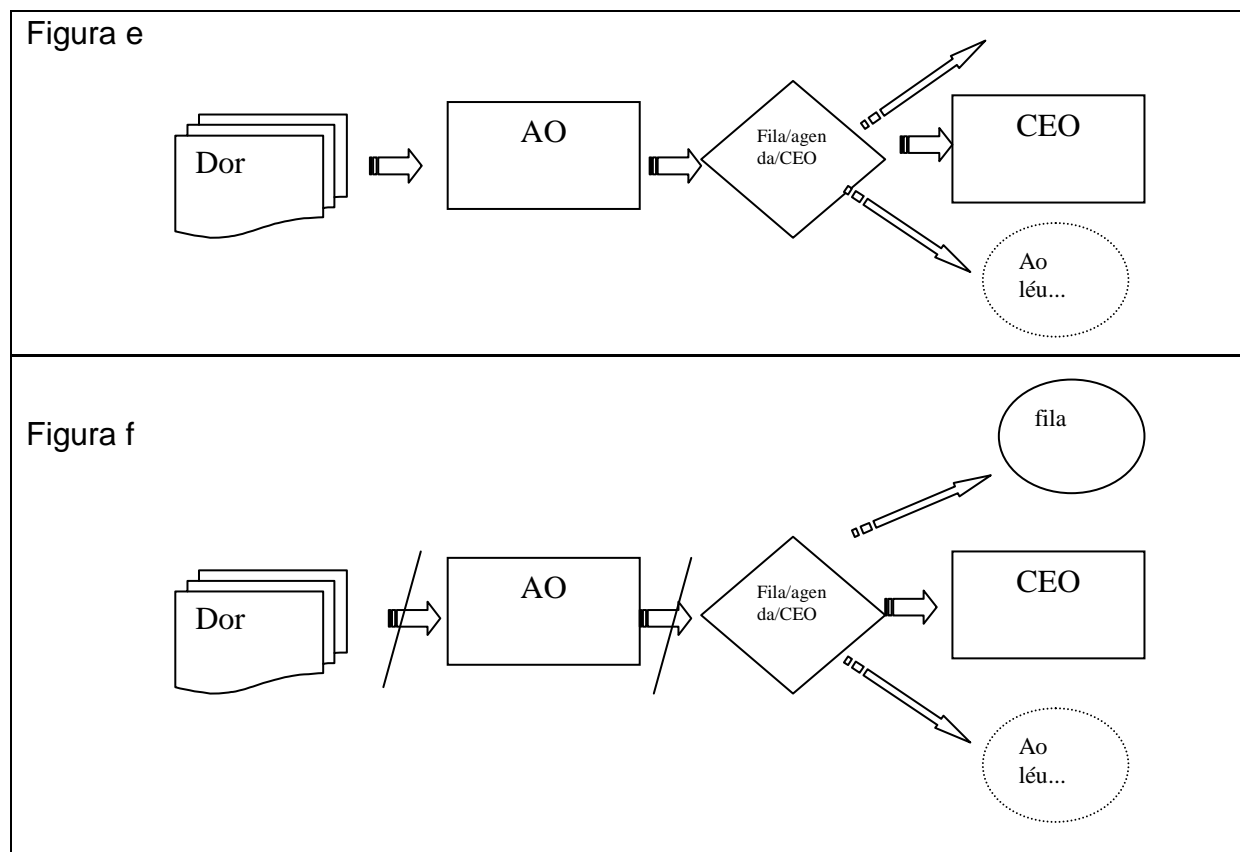
Quadro 1 – Acesso pela Fila

A narrativa quanto á forma em que o serviço está organizado visualiza-se na Figura 'a', contudo, na análise deste modo organizativo, depara-se com a Figura 'b', com interrupções nas flechas indicativas de continuidade, pois o acesso a fila não garante o atendimento, o recebimento da ficha garante atendimento e é a única linha 'contínua' (ficha – atendimento), pois na sequência há novamente interrupção do cuidado - após o atendimento, mesmo que haja necessidade de tratamento, salvo às exceções reguladas pelo '*bom senso*', não há outra forma se acesso, se não pela fila.



Quadro 2 – Acesso de idosos, gestantes e crianças de 04 a 14 anos

O agendamento ocorre uma vez por mês, ou seja, na primeira segunda-feira de cada mês para o mês todo (Figura 'c'). Usuários com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes e crianças são atendidos mediante 'agendamento', realizado predominantemente no primeiro dia útil do mês. O usuário que procurar pelo serviço noutra data, que dependendo da situação e *bom senso* do/a odontólogo/a, é agendado ou é orientado que retorne no início do mês subsequente (Figura 'd'). O desfecho, no caso de necessidade de continuidade de tratamento é o mesmo daquele/a que acessa pela ficha (Figura 'd'). Nos casos de encaminhamento ao CEO, dependendo do quadro clínico, é realizado contato com este serviço para priorização quanto a necessidades de saúde do usuário.



Quadro 3 – Acesso pelo critério dor

No que se refere à dor, de modo geral, em algumas UBS se é atendido como prioridade, independente do número de usuários via agendamento e ficha (Figura 'e' e 'f'). Se demandar continuidade do tratamento é encaminhado ao CEO, agendamento ou ficha.

No Quadro 1, 2 e 3, uma vez resolvido o problema, permanece adscrito a UBS, sem necessariamente, acompanhamento ou contemplado com atividade de prevenção/promoção no que se refere a saúde bucal. As gestantes e crianças até três anos de idade são os que ficam por mais tempo no serviço, uma vez que estão filiados a outras formas de assistência, prevenção e promoção da saúde, seguidos de idosos/as. Ademais, os/as usuários/as estão sem acompanhamento na saúde bucal. Isto denota que a mesma tende a ser mais curativa que preventiva.

O CEO atende a todos os encaminhamentos das UBS, o que sobrecarrega esta especialidade, ainda mais por se constatar que muitas situações diagnósticas na saúde bucal poderiam ser resolvidas nas UBS. Os encaminhamentos diferem conforme a UBS, pois algumas encaminham maior quantidade de restaurações, outras de exodontias, de acordo com o que o profissional da Unidade encontra maior

dificuldade em resolver. O CEO prioriza gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos, além de casos especiais como lesões suspeitas de malignidade.

Os nós críticos começam nas UBS, devido a quantidade de profissionais para atender as necessidades de saúde e, também, porque não há organização das mesmas e nem linhas de cuidado. Associam-se á isso, limitações técnicas, como por exemplo, o conserto e a manutenção dos equipamentos odontológicos.

Desta forma se configura o fluxo assistencial no município de estudo. A partir do fluxograma, há 'nós críticos' no acesso ao serviço, daqueles que não se enquadram nos critérios – dor, idoso, gestante, crianças e, da mesma forma, estes também têm dificuldades na continuidade do tratamento.

A aproximação da odontologia aos conceitos sociológicos implicou na consideração dos determinantes sociais no processo saúde-doença bucal, o que em uma visão epidemiológica deve resultar em uma nova pratica identificada no campo da saúde coletiva, e que vem sendo denominada Saúde Bucal Coletiva (BOZZANO et al, 1988).

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais, o que deve ser amplamente discutido entre usuários e trabalhadores de saúde. Compreende-se como o universo de atenção à saúde bucal, toda população da área de abrangência, famílias, grupos e que deverá ser desenvolvida no espaço da Unidade Básica de Saúde e também nos diferentes espaços sociais existentes.

A manutenção ou retorno caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que visam manter a saúde bucal e o controle das patologias identificadas. Os usuários que concluíram seus tratamentos clínicos, ou que vêm se mantendo saudáveis, devem ser agendados para acompanhamento periódico e reforço do autocuidado, o que vem corroborar o que falam os autores sobre as linhas de cuidado e integralidade da atenção.

De acordo com a Portaria num 648/GM de 28 de março de 2006, dentre as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal está descrito que o Cirurgião Dentista deverá encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento, o que pode ser caracterizado como um trabalho pautado em linhas de cuidado (BRASIL, 2006), mas que não se evidencia no local do estudo.

Deste modo, de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (2004) a linha de cuidado implica em um redirecionamento do trabalho, visando buscar a integralidade de atenção em saúde bucal, pela articulação do individual com o coletivo, garantia do acesso e ampliação e qualificação da assistência, em consonância ao que menciona Franco (2004), de que a linha de cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário. Segundo o mesmo autor, a linha de cuidado incorpora a idéia da integralidade na assistência à saúde.

Para Ceccim (2006), uma linha de cuidado supõe fluxo articulado entre os serviços, que precisam estar acessíveis e se complementarem. E, agrega-se á isso que o usuário mesmo concluído seu processo terapêutico, deveria continuar 'afiliado' á Unidade Básica de Saúde em que está adscrito, independente da ESF. E conforme os quadros 1, 2 e 3 e descrição de como ocorre o acesso e fluxo pelo serviço de saúde bucal isso não ocorre e indica para a necessidade de um reposicionamento deste fluxo, com vistas a ofertar um outro desenho, não estanque e protocolado, de cuidado.

Segundo Campos (2006), o cuidado é entendido como sendo o resultado de muitos cuidados, isto é, o conjunto de saberes e práticas de todos os profissionais envolvidos na produção do cuidado. Para Merhy, Cecílio (2004), a integralidade do cuidado só pode ser conseguida em rede, pela articulação de inúmeros serviços de saúde. Porém no município objeto do estudo pode-se observar que dentro do próprio serviço de Saúde Bucal não se consegue realizar esses muitos cuidados, ou seja, não há trabalho em rede, nem integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As linhas são fragmentadas, que não suprem as necessidades dos usuários, pois não conseguem garantir a integralidade e continuidade de acesso aos serviços de saúde bucal. Pode-se dizer que não há uma linha de cuidado pactuada, usuário centrada. O que está estabelecido, não necessariamente contou com a participação dos trabalhadores na decisão dos cardápios de oferta e como se organizaria o fluxo, ao mesmo tempo em que o serviço na forma em que está organizado, no imaginário dos trabalhadores, parece contemplar acesso e fluxo.

O fluxo na Unidade Básica de Saúde não garante acesso e nem continuidade do cuidado e nem mesmo os critérios de acesso, garantem acesso. Há

acessibilidade, contudo, pouco acesso. Há linhas, entretanto não são características de linhas de cuidado, pois são fragmentárias e precárias. E, por fim, ponto sem linha não tece a rede de atenção necessária para atender as necessidades e garantir a integralidade na saúde bucal.

Este estudo não tem a pretensão de ser conclusivo, e sim, abre possibilidades para o desenvolvimento de outras investigações e ações quanto a linhas de cuidado, com a recuperação de itinerários terapêuticos e realização de projetos terapêuticos singulares de cuidado na saúde bucal, bem como é um subsídio para repensar o fluxo assistencial em saúde pautado na integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

BOZZANO, C. Saúde bucal coletiva. Ed. Atlas, São Paulo: , 1988. .

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília-DF, 2004, p. 3-4.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990*, Brasília-DF, Senado, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990*, Brasília-DF, Senado, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNAB-Política Nacional de Atenção Básica. Brasília-DF, Senado, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 , Brasília-DF, Senado, 2006

CECCIM, Ricardo B. Linha de cuidado em obstetrícia e neonatologia: dispositivo para a integralidade da atenção em saúde da mulher e uma imagem para a educação dos profissionais de saúde, 2007.

DECKERT, Douglas, RIGHI, Liane Beatriz, ROMAN, Arlete Regina. Itinerários terapêuticos da mulher com câncer de mama na região noroeste do Rio Grande do Sul: percursos público-privados e a busca por integralidade na atenção à saúde. In.: CECCIM, R. B. et al. Produção de conhecimento regional e informação técnico-científica em saúde suplementar para a região sul do Brasil. Rede de centros colaboradores em saúde suplementar Núcleo Sul. Porto Alegre/RS, 2007.

FRANCO, T. B. Integralidade na assistência a saúde: a organização das linhas de cuidado. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

FRANCO, T. B., O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz - MG. UFF, Rio de Janeiro, 2008

FRANCO, T. B.; FRANCO, C. M., Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. UFF, Rio de Janeiro, 2008.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São paulo: Ed. Atlas, 2002. 175p.

IBGE. Síntese dos indicadores sociais. Estudos & Pesquisas – Informação demográfica e sócio-econômica, 2010.

JUNIOR, QRC, CAMPOS, EMS, TEIXEIRA, MTB et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In. PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. Gestão em redes, práticas de avaliação, formação e participação na saúde, p.,229. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

KUSCHNIR; R. C. CHORNY; A.H., LIRA, A.M.L , Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde, UAB. 2010

PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. Gestão em redes, práticas de avaliação, formação e participação na saúde, p.,229. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

MERHY E.E; CECILIO L.C.O. O singular processo de coordenação dos hospitais. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2004.

PMS, Plano Municipal de Saúde, Pag. 48, Ijuí-RS, 2010

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al . Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 12, n. 2, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 11 abr. 2011.

SANTOS, Adriano Maia dos et al . Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 3, jun. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 11 abr. 2011.

UBESSI, Liamara Denise, RIGHI, Liane Beatriz, CECCIM, Ricardo Burg. A mulher com depressão e a perspectiva das linhas de cuidado em saúde mental na atenção integral à saúde da mulher. In: Ensaio de saúde da mulher: aprendizados da integração da educação superior com a rede assistencial. Ed.Caxias do Sul - RS : USC, 2007.

