

SEÇÃO ESPECIAL

SPECIAL SECTION





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
SEÇÃO DE SAÚDE BUCAL

POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL DO RIO GRANDE DO SUL

PORTO ALEGRE
2009

APRESENTAÇÃO

Documento Elaborado

- Seção de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Documento Baseado

- SB Brasil Condições de Saúde Bucal da População Brasileira
- Conferências de Saúde Bucal das Três Esferas de Governo
- Política Nacional de Saúde Bucal

Documento Validado

- Centro Estadual de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde
- Comitê das Entidades de Classe da Odontologia
- Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul
- Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
- Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
- Fundação Atendimento ao Deficiente e Superdotado do Rio Grande do Sul
- Grupo Hospitalar Conceição
- Universidade de Passo Fundo
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Universidade Luterana do Brasil
- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
- Sindicato dos Odontologistas do Rio Grande do Sul
- Sindicato dos Odontologistas da Serra Rio Grande do Sul

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ATF – Aplicação Tópica de Flúor
CD – Cirurgião-dentista
CEO – Centros de Especialidades Odontológicas
CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
DAHA – Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial
DF – Doença Falciforme
DVW – Doença de Von Willebrand
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HBS – Higiene Bucal Supervisionada
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional do Câncer
LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
SES/RS – Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
SSB – Seção de Saúde Bucal
SUS – Sistema Único de Saúde

I INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 define que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

A Lei Federal 8.080/90 (BRASIL, 1990a) complementa essa definição ao identificar a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade da atenção entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e a igualdade da assistência à saúde sem privilégio de qualquer espécie. A essas orientações, soma-se a diretriz da participação popular definida pela Lei Federal 8.142/90 (BRASIL, 1990b).

É nesse sentido, seguindo esses princípios e diretrizes, que a gestão pública deve conduzir suas ações de planejamento, regulação, controle e avaliação do sistema. No entanto, a saúde bucal, na maioria dos municípios brasileiros, constitui-se ainda em um grande desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS). Historicamente as políticas públicas, em todas as esferas de governo, não têm considerado a saúde bucal como prioritária no contexto da saúde geral. O resultado é uma demanda reprimida de usuários que necessitam da assistência odontológica.

Apesar da municipalização da saúde e dos crescentes investimentos públicos em odontologia nos últimos anos, especialmente através da criação da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente (BRASIL, 2004a), ainda há a necessidade de estruturar meios efi-

cientes de aplicação desses recursos. Cabe ao Estado o papel de implementar sistemas seguros de monitoramento e avaliação dos mesmos, de forma a garantir o efetivo impacto na saúde bucal da população.

O processo de planejamento da saúde deve considerar que a decisão de quais ações desenvolver seja fruto da interação entre a percepção do governo e os interesses e as necessidades da sociedade. Dessa interação, resulta a implementação de um plano, que não deve ser isolado e sim inserido em um plano de atenção integral à saúde. Para tanto, é necessário haver a articulação e a coordenação de ações multissetoriais, capazes de promover maiores níveis de saúde, contribuindo para melhoria da qualidade de vida, bem como para o desenvolvimento social da população.

Nessa perspectiva, foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) como um conjunto de reformas institucionais do SUS a ser firmado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, buscando maior eficiência e qualidade das respostas do SUS, a partir das necessidades locais.

Assim, a Seção de Saúde Bucal (SSB) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul propõe a construção de uma Política de Saúde Bucal para o RS que oriente a atenção odontológica, ampliando-a no seu escopo, tomando como objeto a realidade epidemiológica, seus determinantes e condicionantes, favorecendo, com isso, escolhas saudáveis por parte dos sujeitos no território onde vivem e trabalham.

2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

No ano de 2007, a população residente no RS foi calculada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 10.582.840 habi-

tantes, residentes em 496 municípios divididos em 19 coordenadorias regionais de saúde (BRASIL, 1996). A grande maioria das coordenadorias possui coordenador regional de odontologia.

2.1 Perfil Epidemiológico

Diante da ausência de dados epidemiológicos atualizados da saúde bucal da população gaúcha, a Seção de Saúde Bucal da SES/RS tem utilizado ainda para o planejamento de ações os dados obtidos pelo Projeto SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004b) e o Projeto SB/RS – Condições de saúde bucal na população do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2003a) que avaliaram os principais agravos em diferentes faixas etárias.

2.2 Dentição Permanente

Para a idade de 12 anos, a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de CPOD (C = Cariados, P = Perdidos, O = Obturados e D = Dente) médio menor ou igual a 3 o que foi atingido pelo Estado (CPOD=2,40). Segundo a classificação da OMS para essa idade, o dado encontrado nessa região repre-

senta uma prevalência “moderada” em relação à cárie dentária. Os dentes restaurados corresponderam a 41,97% da composição do índice e os cariados a 48,42% do índice (FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE, 1982). Entre os adolescentes, apenas 10,72% estão livres de cárie e o valor médio do CPOD foi 6,60 (Quadro I).

No grupo de 35-44 anos observou-se CPOD igual a 20,72 com 62,96% da composição representada por dentes perdidos e no grupo de 65-74 anos observou-se CPOD igual a 26,65 (Quadro I) com 92,27% da composição representada por dentes perdidos.

O Quadro I mostra os principais resultados relativos ao ataque de cárie dentária em dentes permanentes, avaliados pelo índice CPOD (C = Cariados, P = Perdidos, O = Obturados e D = Dente), em todas as faixas etárias.

Em relação ao acesso a serviços odontológicos, alguns aspectos merecem destaque:

- a) quando perguntados se já haviam ido alguma vez ao cirurgião-dentista (CD), não houve diferenças significativas entre os grupos etários: 96,73% dos entrevistados responderam positivamente. Destes, 66,35% dos jovens visitaram o CD no último ano,

Idade	Nº Exames	Prevalência		Experiência de cárie
		CPOD = 0	CPOD ≠ 0	
18 a 36 meses	3370	72,72%	27,27%	ceod 1,18
5 anos	4236	40,85%	59,14%	ceod 2,91
5 anos (dentição permanente)	4236	96,52%	3,47%	CPOD* 0,07
12 anos	4821	34,47%	65,52%	CPOD 2,40
15-19 anos	7582	10,72%	89,27%	CPOD 6,60
35 a 44 anos	10241	0,44%	99,55%	CPOD 20,72
65 a 74 anos	4220	1,16%	98,84%	CPOD 26,65

Quadro I - Prevalência de cárie dentária e média de ceod e CPOD por idade – SB/RS, 2003.

Fonte: SSB/SES.

situação semelhante à encontrada em 1988 (MS) quando 68% das pessoas desse grupo obtiveram atenção no ano. Esse percentual reduz na medida em que avança a idade, sendo que nos idosos a maioria (59,41%) visitou o CD há 3 anos ou mais.

- b) dos que acessam os serviços de odontologia, o serviço público é o mais utilizado pelos jovens (60,00%); entre adultos e idosos as taxas de frequência aos serviços privados (liberal ou suplementar) são respectivamente 46,24% (35 a 44 anos) e 57,73% (65 a 74 anos). Em média, 51,20% usam os serviços públicos para atendimento odontológico no Estado.

Após análise dos dados, destacaram-se as seguintes situações:

- a) ausência quase absoluta de assistência às necessidades odontológicas de bebês e crianças até cinco anos;
- b) alta prevalência de cárie entre adolescentes, levando a perdas dentárias precoces;
- c) diferenças constatadas na experiência de cárie entre moradores de cidades com fluoretação de água em relação às cidades sem flúor;
- d) a alta prevalência de edentulismo entre adultos e idosos.

2.3 Indicadores de Saúde Bucal

Um dos principais indicadores em odontologia definidos pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2008) é a “Cobertura de Primeira Consulta Odontológica” no ano para a totalidade da população gaúcha usuária do SUS. A série histórica dos últimos oito anos vem demons-

trando um incremento desse índice, fechando o ano de 2007 com 11,20% de cobertura.

O indicador “Média Anual de Ação Coletiva Escovação Supervisionada” deve ter seus valores avaliados cautelosamente, pois o MS alterou duas vezes o enunciado do indicador causando distorções na informação correta dos dados. Ainda assim, o Estado tem historicamente baixos índices para esse indicador, muito provavelmente por subnotificação, especialmente quando essas ações não são realizadas por cirurgiões-dentistas e, sim, por agentes de saúde, professores e técnicos.

O Estado do RS ainda mantém em monitoramento o indicador “Proporção de Exodontias em Relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais”. A série histórica tem mostrado uma diminuição do número de exodontias nos últimos anos, e atualmente estas representam em torno de 6% do total de procedimentos, revelando uma prática odontológica cada vez mais conservadora no Estado.

2.4 Fluoretação das Águas de Abastecimento Público

Quanto à situação da cobertura da fluoretação da água dos 496 municípios do Estado no ano de 2007, constata-se, por meio das amostras analisadas, que 326 municípios são abastecidos com água fluoretada, o que corresponde a 88,3% da população coberta com flúor agregado e/ou natural. Da totalidade de municípios do Estado, 477 enviaram amostras para análise dos teores de fluoreto.

O Projeto SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004b) mostrou que os índices de cárie foram menores em municípios com água fluoretada, tanto aos cinco anos de idade quanto aos 12 anos de idade. Aos cinco anos, há $ceod = 2,49$ em municípios com água fluoretada e $ceod = 4,76$ em municípios sem água fluoretada. Aos doze

anos, há CPOD = 2,06 em municípios com água fluoretada e CPOD = 3,97 em municípios sem água fluoretada (Gráfico 1).

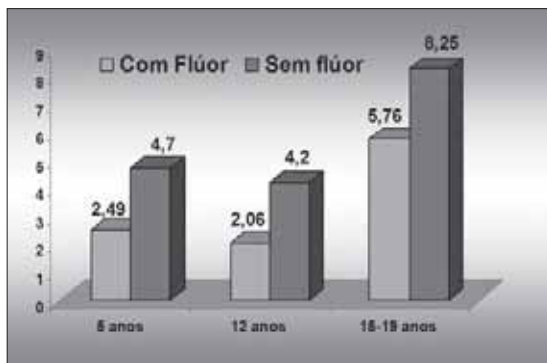


Gráfico 1 - Situação dos municípios com e sem flúor na água de abastecimento público
Fonte: SSB/SES

2.5 Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

O Rio Grande do Sul conta atualmente com 715 Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) habilitadas pelo Ministério da Saúde, sendo 17 delas em áreas indígenas. Constata-se que a meta para 2008, que era de 590 equipes, foi amplamente superada. A expectativa é de que a meta para o ano de 2009 (750 equipes) também seja ultrapassada.

2.6 Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

O Rio Grande do Sul apresenta ainda uma baixa cobertura populacional de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), assim como uma distribuição não homogênea entre as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) inclusive com ausência de CEO em algumas delas. Além das dificuldades financeiras dos municípios e da questão da Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000), um fator que

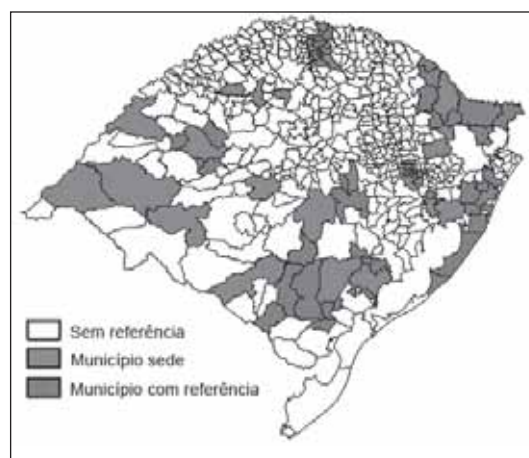


Figura 1 – CEO habilitados RS
Fonte: SSB/SES

	Janeiro 2003	Março 2009	Crescimento
Nº de municípios com ESB	85	329	285 %

Quadro 2 - Percentual de crescimento dos municípios com ESB no RS
Fonte: SSB/SES

	Janeiro 2003	Março 2009	Crescimento
Nº de ESB	103	611	593 %

Quadro 3 - Percentual de crescimento das ESB no RS
Fonte: SSB/SES

CEO HABILITADOS RS		
Alegrete (I)	Ijuí (I)	Santa Maria (II)
Alvorada (I)	Lajeado (I)	Santiago (I)
Bagé (III)	Montenegro (I)	Santo Ângelo (I)
Cachoeira do Sul (I)	Osório (I)	São Borja (I)
Cachoeirinha (I)	Panambi (I)	São Lourenço do Sul (II)
Canoas (I)	Porto Alegre – 8 (II)	Tenente Portela (I)
Cangucú (II)	Ronda Alta (I)	Uruguaiana (I)
Caxias do Sul (I)	Rosário do Sul (II)	Vacaria (I)

Quadro 4 - CEO habilitados RS
Fonte: SSB/SES

também pode ter contribuído para a baixa adesão aos CEO foram os critérios para habilitação contidos no Plano Estadual de Média Complexidade (RIO GRANDE DO SUL, 2004). Diante disso, para favorecer o incremento no número de CEO esses critérios foram revistos no final de 2008, conforme Resolução da CIB nº 295/08 (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

2.7 Câncer de Boca

Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2008, cerca de 7,6 % do total de casos novos de câncer no Brasil são localizados na boca. No RS, o quinto Estado do País com maior incidência, a estimativa é de 1.050 casos novos, sendo 820 em homens e 230 mulheres. Tende a acometer o sexo masculino de forma mais intensa, e 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos (BRASIL, 2002).

Considerando-se os investimentos para am-

2008	Nº de casos
Masculino	820
Feminino	230

Quadro 5 - Estimativa do número de casos de câncer bucal no RS.
Fonte: SSB/SES

pliação do acesso, o estímulo à realização de ações educativo-preventivos em todas as faixas etárias e ênfase nas práticas odontológicas mais conservadoras, avalia-se que todos os índices tenham obtido melhoras significativas nos últimos anos.

A partir da análise desses dados e com base na série histórica dos indicadores de odontologia no RS, a Seção de Saúde Bucal está construindo a Política Estadual de Saúde Bucal, definindo ações que orientem a atenção odontológica para a promoção de saúde e para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

3 OBJETIVO GERAL

Assessorar gestores e técnicos, estimular através do aporte de recursos financeiros oriundos do Fundo Estadual de Saúde, nos moldes do já existente incentivo estadual à implantação das ESB e monitorar os municípios do RS na organização da gestão em saúde bucal, na vigilância das condições de saúde e para realização de ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde com vistas a reduzir os índices de cárie, doença periodontal, câncer bucal e fluorose em todas as faixas etárias.

4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A SSB definiu os seguintes objetivos específicos de acordo com a Política Estadual de Saúde para o Estado:

- a) integralizar as ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população, não descuidando a atenção a situações de urgência;
- b) incorporar as equipes de saúde bucal à Estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica;
- c) estimular a qualificação da atenção básica, garantindo resolutividade;
- d) utilizar a epidemiologia como base para o planejamento. As ações devem ser precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações;
- e) estabelecer a política de educação permanente para os trabalhadores em saúde

bucal, priorizando a formação de pessoal auxiliar, para qualificar as equipes de saúde bucal;

- f) pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política, considerando a composição bipartite;
- g) acompanhar e monitorar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, centrando a atuação na Vigilância à Saúde;
- h) estimular a pesquisa científica com o objetivo de desenvolver novos produtos e tecnologias necessárias à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção;
- i) incentivar os municípios a contratarem os trabalhadores em saúde bucal, por meio de concursos públicos que levem em consideração a formação em saúde coletiva;
- j) orientar os serviços de saúde municipais para garantir condições adequadas de trabalho, obedecendo aos padrões estabelecidos pelos Sistemas Nacional e Estadual de Vigilância Sanitária.

5 DIRETRIZES QUE ORIENTAM A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL

As diretrizes da Política da SSB foram definidas em consonância com a Política Estadual de Saúde para o Estado.

5.1 Estratégia de Saúde da Família

Ampliação do número de Equipes de Saúde

Bucal na Estratégia de Saúde da Família.

5.2 Atenção à População Rural

Implementação do “Projeto Saúde Bucal na Área Rural” em parceria com EMATER, Secretaria Estadual de Educação, Secretarias Municipais da Saúde, Secretarias Municipais da Educação e Secretarias Municipais da Agricultura (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

5.3 Atenção à Média Complexidade

Implementação do Plano Estadual de Atenção à Média Complexidade em Saúde Bucal (RIO GRANDE DO SUL, 2004) por meio da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

5.4 Vigilância do Câncer Bucal

Consolidação da Rede Estadual de Atenção Oncológica, organizada em níveis hierárquicos, com estabelecimento de referência e contrarreferência.

5.5 Integralidade da Atenção à Saúde Bucal

Inserção da saúde bucal nos diferentes programas de saúde por ciclos de vida, por linhas de cuidado e por condição de vida.

5.6 Educação Permanente de Trabalhadores em Saúde Bucal

Estímulo para o desenvolvimento de cursos descentralizados para formação de Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal e capacitação dos trabalhadores, qualificando as equipes de saúde bucal.

5.7 Integração Ensino – Serviço

Incentivo a integração entre a academia, residências multiprofissionais e serviços de odontologia para avançar na qualificação da atenção à saúde bucal.

5.8 Fluoretação das Águas de Abastecimento

Qualificação da vigilância dos teores de flúor tanto no nível estadual e municipal e ampliação da cobertura da fluoretação das águas de abastecimento público.

5.9 Monitoramento e avaliação das gestões municipais

Consolidação do processo de pactuação dos indicadores de saúde bucal no Estado, tanto em nível regional quanto em nível local. Análise, monitoramento e avaliação permanente das políticas municipais de saúde bucal.

6 MODELO DE ATENÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO

O modelo de atenção à saúde bucal se reflete diretamente no processo de trabalho desenvolvido pela equipes de saúde e tem como foco:

6.1 Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo

Atuação da equipe de saúde bucal não deve ser limitada exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Deve envolver profissionais das várias áreas da saúde, de forma a ampliar o conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto familiar-socioeconômico-cultural no qual ele está inserido.

Deverá haver integração com outros setores da SES (DAHA, CEVS, CRS e outros) e articulação com outras Instituições do Estado (Secretaria da Educação, Faculdades de Odontologia, Conselho Regional de Odontologia, Conselho Estadual de Saúde, Conselhos Municipais e outros).

6.2 Integralidade da Atenção

A equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, também formam um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

6.3 Intersetorialidade

É o desenvolvimento de ações integradas entre o Setor Saúde e outros (administração, planejamento, educação, esporte, comunicação, cultura, trabalho, assistência social, agricultura, saneamento, obras, entre outros) com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis para causar maior impacto no perfil de saúde.

6.4 Humanização da Atenção

É a responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a sociedade e o estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população. A humanização na relação com o usuário pressupõe a criação de vínculo simultaneamente às ações de acolhimento e, principalmente, da qualidade do atendimento recebido pelo usuário. Ao indivíduo deve ser garantido

que suas necessidades sejam atendidas na sua singularidade e pela oferta de ações qualificadas e eficazes.

6.5 Acesso

Buscar o acesso universal para a assistência em todas as esferas da atenção expressa e reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais, e vice-versa, e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de urgência e emergência.

6.6 Resolutividade

Capacidade de responder adequadamente às demandas por serviços de saúde, identificando causas e fatores de risco aos quais a população está exposta, intervindo apropriadamente e estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência.

6.7 Relações de Trabalho

Buscar a qualificação da atenção através do incentivo à contratação de profissionais por concurso público com formação em saúde coletiva. Incentivar a incorporação de pessoal técnico para otimização dos serviços.

6.8 Condições de Trabalho

Para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos e insumos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho. É fundamental observar as normas e os

padrões estabelecidos pelos Sistemas Nacional e Estadual de Vigilância Sanitária.

6.9 Parâmetros e Metas

Os parâmetros e as metas de produtividade/qualidade para orientar o processo de trabalho devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal (nacional/estaduais/municipais), com o objetivo de garantir a atenção aos usuários e a qualidade dos serviços prestados.

6.10 Gestão Participativa

Definir democraticamente a Política de Saúde Bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo.

7 AÇÕES

O conceito abrangente de saúde, definido na Constituição, deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento à demanda espontânea para um modelo de atenção integral à saúde, em que haja a incorporação de ações de promoção e de proteção às de recuperação.

7.1 Ações de Promoção e Proteção de Saúde

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade. São necessárias políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada e

fluoretada, o uso de dentifrício fluoretado, e que assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos.

Ações de promoção da saúde incluem também abordagens sobre os fatores de risco comum ou de proteção simultâneos, tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, traumas e câncer), tais como: políticas de alimentação saudável, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes e violência.

As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e coletivo, e para tanto deve-se garantir acesso a escovas e creme dental fluoretado. As ações educativo-preventivas em saúde devem ser realizadas no âmbito das unidades de saúde, nos domicílios, em escolas de educação infantil, associações ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua. Compreendem:

7.1.1 Educação em Saúde

Ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal. A atenção à saúde bucal deve considerar tanto as diferenças sociais quanto as peculiaridades culturais ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo. Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas da saúde.

7.1.2 Higiene Bucal Supervisionada

A higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas e realizá-la adequadamente requer aprendizado. Uma das possibilidades para esse aprendizado

é o desenvolvimento de atividades de Higiene Bucal Supervisionada (HBS). A HBS visa à prevenção da cárie, por meio do uso do dentífrico fluoretado, e da gengivite, pelo controle contínuo da placa (biofilme dental) pelo paciente. A HBS deve ser desenvolvida preferencialmente pelos profissionais técnicos de nível médio da equipe de saúde bucal.

7.1.3 Aplicação Tópica de Flúor

A Aplicação Tópica de Flúor (ATF) visa o controle da cárie, pela utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel fluoretado e verniz fluoretado). Para instituir a ATF deve-se levar em consideração a situação epidemiológica de diferentes grupos populacionais. A ATF é recomendada a toda população de um determinado município diante de uma das seguintes situações:

- a) exposição à água de abastecimento público sem flúor;
- b) exposição à água de abastecimento público contendo naturalmente baixos teores de flúor (até 0,54 ppm F);
- c) exposição à água de abastecimento público com flúor há menos de 5 anos;
- d) CPOD maior que 3 aos 12 anos de idade;
- e) quando menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade.

7.2 AÇÕES DE RECUPERAÇÃO

Esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças. O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença.

Em relação ao diagnóstico, destaca-se a inclusão de métodos que aprimorem a identificação precoce das lesões (biópsias e outros exames complementares).

7.3 AÇÕES DE REABILITAÇÃO

Consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas no processo de doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional. Todas as ações devem ser conjugadas às ações de promoção e proteção à saúde.

8 INTERVENÇÃO POR CICLO DE VIDA

As ações por ciclo de vida devem ser realizadas de forma integrada, evitando a criação de programas de saúde bucal específicos por grupo etário de forma vertical e isolada, desconsiderando-se a área de médico-enfermagem.

8.1 Primeira Infância (0 – 24 meses)

A atenção à saúde bucal da criança tem seu início durante o período de gestação, com orientações à gestante, tanto em atendimentos individuais como em grupos operativos, favorecendo o início dos cuidados com a criança precocemente, antes mesmo da erupção dos dentes. Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança.

É importante organizar o ingresso dessas crianças na atenção odontológica, no máximo a partir de seis meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas pediátricas e atividades em espaços sociais ou escolas.

O Programa Primeira Infância Melhor (RIO GRANDE DO SUL, 2003b) e ESF são estratégias para desenvolver ações de promoção de saúde bucal, uma vez que este programa tem como objetivo a proposta de atenção integral à saúde na primeira infância.

8.2 Saúde da Criança (02 a 09 anos)

Esta é a faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participação junto com a família de ações educativo-preventivas coletivas. O enfoque familiar é essencial quando lidamos com crianças nessa faixa etária, pois o aprendizado se faz, principalmente, com a observação do comportamento dos pais. São de suma importância a identificação precoce e o encaminhamento das crianças com necessidades para atenção individual.

8.3 Saúde do Adolescente (10 a 19 anos)

É importante que a família e a equipe de saúde compreendam os processos de mudanças e autoafirmação do adolescente e que a atuação dos profissionais ocorra de forma multidisciplinar, abordando temas como alimentação saudável, motivação para o autocuidado em saúde bucal, prevenção de fumo, álcool e drogas, violência, problemas familiares, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros, sempre promovendo a saúde como a escolha mais saudável.

É comum o adolescente procurar as unidades de saúde para solução de problemas estéticos e pode ser o momento oportuno para trabalhar os conceitos de saúde e bem-estar.

8.4 Saúde do Adulto (20 a 59 anos)

Como em todas as faixas etárias, a atuação preventiva deve ser multidisciplinar e pode ser

desenvolvida por meio de grupos operativos, em sala de espera, no acolhimento, visitas domiciliares e nas consultas clínicas.

É importante que o profissional esteja atento quanto a manifestações de algumas alterações sistêmicas que quando observadas precocemente têm melhor prognóstico, como, por exemplo, diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase, HIV e câncer.

A doença periodontal é um dos principais problemas que acometem os pacientes adultos e a melhor forma de preveni-la, ou mesmo tratá-la, é pela motivação para o controle de placa (biofilme dental), bem como orientações quanto a alguns fatores que possam estar associados com o fumo e o diabetes.

O acesso aos serviços de saúde também é um fator que deve ser avaliado, sendo que horários especiais de atendimento podem ser criados para facilitar o acesso aos trabalhadores. Os profissionais de saúde também podem fazer visitas aos locais de trabalho para realizar ações de promoção e prevenção.

As mulheres têm maior preocupação com seu estado de saúde e procuram os serviços com maior frequência que os homens. Portanto, é fundamental integrar ações de saúde bucal à Política de Saúde do Homem.

8.5 Saúde do Idoso (acima de 60 anos)

Com o aumento da expectativa de vida, a população de idosos está crescendo consideravelmente, sendo importante que os profissionais de saúde estejam preparados para a formulação de um plano terapêutico adequado a essa demanda observando a situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso.

A equipe de saúde deve estar atenta para a ocorrência de sinais e sintomas que chamem a atenção e que possam indicar a necessidade de avaliação pela equipe de saúde bucal, tais

como dificuldade ao se alimentar, queixa de dor ou desconforto. As condições bucais mais relevantes nessa faixa etária são: edentulismo, cárie radicular, xerostomia, lesões de tecidos moles, doença periodontal, abrasão/erosão, halitose, dificuldade de higienização, necessidade de prótese ou uso de próteses mal adaptadas.

Uma minuciosa anamnese deve ser realizada com ênfase na história médica, e a atuação multiprofissional é imprescindível, pois é nesse período da vida que podem aparecer e/ou agravar problemas como: hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, osteoporose, Alzheimer, Parkinson e alguns tipos de cânceres.

9 INSERÇÃO POR LINHA DE CUIDADO

As ações de saúde bucal por linha de cuidado devem ser realizadas de forma integrada à área médica e de enfermagem.

9.1 Atenção a Pessoas com Necessidades Especiais

Em Odontologia, são consideradas pessoas com necessidades especiais usuários que apresentam uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que os impeça de ser submetidos a uma situação odontológica convencional.

Os serviços de saúde devem realizar uma busca criteriosa dos usuários portadores de deficiência e/ou necessidades especiais, cadastrá-los e definir as ações para garantir o atendimento multidisciplinar.

As Unidades de Saúde devem estar preparadas fisicamente para o acesso destes pacientes e as equipes, capacitadas ao atendimento desses usuários. Critérios de encaminhamento e fluxos de referência e contrarreferência de-

vem estar definidos e seguidos.

Os cuidadores e familiares devem ser informados quanto aos procedimentos a serem realizados no tratamento, assim como capacitados quanto aos cuidados preventivos necessários à saúde bucal destes pacientes. A saúde dos cuidadores também precisa ser avaliada com atenção, pois na maioria das vezes acabam se tornando relapsos com seus hábitos pessoais em detrimento dos cuidados com o familiar com necessidades especiais.

9.2 Atenção à Gestante

É de responsabilidade dos serviços de saúde estabelecer, como rotina, a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência e a inserção das mesmas em grupos operativos e de pré-natal.

Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com a equipe do pré-natal, participando ativamente dos grupos de gestantes e estabelecendo fluxos para garantir a assistência odontológica nas Unidades de Saúde durante todo o período gestacional, em especial no segundo trimestre.

9.3 Atenção ao Diabético

Deve haver troca de informações entre os profissionais da equipe de saúde a respeito do paciente diabético, o qual deve participar de um programa de atenção integral em sua unidade de saúde.

Pacientes diabéticos não controlados frequentemente apresentam xerostomia, sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. É comum a modificação da flora bucal com tendência à candidíase oral e queilite angular, e a equipe de saúde deve estar atenta a esses sinais e sintomas.

Um programa de motivação quanto aos cuidados em saúde bucal deve ser instituído

para evitar ou controlar os agravos em saúde bucal, em especial a doença periodontal (controle glicêmico).

Se necessário, intervenções cirúrgicas devem ser realizadas em pacientes que estejam sob controle dos níveis glicêmicos.

9.4 Atenção ao Paciente com Insuficiência Renal Crônica

As condições bucais e salivares verificadas em pacientes com insuficiência renal crônica mais frequentes são: odor urêmico, alteração na percepção do sabor, dor na língua ou mucosa, petéquias ou equimose, língua saburrosa, hipoplasia de esmalte, sensação de boca seca e úlcera bucal. A diminuição da função plaquetária pode resultar em hemorragia nas mucosas e gengiva. A situação deve ser avaliada antes de procedimentos odontológicos cruentos. O tratamento odontológico deve ser realizado em dias que não são realizadas a hemodiálise e deve ser avaliada a necessidade de realização de profilaxia antibiótica. Uma adequada situação bucal e salivar do insuficiente renal crônico proporciona melhora no estado geral, menor risco de infecções oportunistas que ameaçam a vida, maior qualidade do tratamento oferecido e prevenção de lesões bucais que possam interferir na qualidade de vida dos paciente.

9.5 Atenção a Pacientes Oncológicos Submetidos à Radioterapia e/ou Quimioterapia

As complicações bucais da radioterapia resultam da dose, do tempo e do campo exposto à radiação. Entre as mais frequentes estão: xerostomia, mucosite, língua despapilada, perda do paladar, sensação de queimação bucal, cárie de radiação e osteorradionecrose. Entre as alterações bucais da quimioterapia, as com-

plicações decorrentes da ação direta da droga sobre os tecidos bucais – estomatotoxicidade direta – incluem mucosite, xerostomia e neurotoxicidade. Já as decorrentes da modificação de outros tecidos, como a medula óssea – estomatotoxicidade indireta – incluem as infecções bacterianas, fúngicas e virais.

É necessária a presença do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar, no atendimento a pacientes oncológicos submetidos a radioterapia e/ou quimioterapia. Previamente esses pacientes devem ser atendidos na atenção básica e especializada para a remoção de possíveis focos infecciosos como lesões periapicais, periodontais e estomatológicas. A adequação bucal com restaurações dentárias, controle do biofilme e saúde bucal prévia ao tratamento oncológico são fundamentais para a preservação de sua qualidade de vida posterior ao tratamento.

9.6 Atenção ao Paciente Transplantado

Os indivíduos receptores de órgãos transplantados são mantidos sob terapia medicamentosa que induz a supressão iatrogênica do sistema imunológico. Essa imunossupressão apresenta repercussões na cavidade bucal como cárie, doença periodontal e outras afecções de origem bacteriana, fúngica e viral.

Muitas dessas lesões merecem consideração especial, pois podem alterar gravemente a qualidade de vida do paciente imunodeprimido causando dor, incapacidade mastigatória, perda de apetite e desnutrição. Esses quadros agravam o estado geral do paciente, dificultando o seu restabelecimento e aumentando o tempo de permanência em situações críticas e de internação hospitalar.

Nos primeiros três meses atua-se somente evitando e tratando as possíveis infecções. Em um período posterior, as intervenções devem

ser realizadas com cautela e avaliando o tipo e grau de imunossupressão. O tratamento educativo preventivo é o mais importante. O cirurgião-dentista deve estar alerta para esses fatos e ser capacitado a estabelecer o diagnóstico precoce e o correto manejo dessas enfermidades.

9.7 Atenção ao Paciente Portador de Coagulopatias Hereditárias

Pacientes portadores de coagulopatias hereditárias, tais como hemofilia e Doença de Von Willebrand (DVW), apresentam alto risco de sangramento na cavidade bucal, principalmente após procedimentos cirúrgicos ou traumas mucosos. Devido ao maior acesso desses pacientes ao atendimento odontológico especializado e com o desenvolvimento de técnicas que propiciam uma melhor hemostasia local, a literatura tem demonstrado que o tratamento odontológico dos pacientes com coagulopatias pode ser, muitas vezes, realizado sem o tratamento de reposição com os fatores de coagulação, sendo este reservado para o tratamento de procedimentos mais invasivos.

9.8 Atenção ao Paciente Portador de Anemia Falciforme

Os pacientes com doença falciforme (DF) possuem problemas clínicos que podem ser intensificados durante o tratamento odontológico. As bacteremias, por exemplo, podem desencadear crises falcêmicas em virtude do maior risco para infecções, assim como o estresse físico, justificando maior precaução durante o tratamento. Manifestações orais são comuns, destacando-se palidez da mucosa, erupção dental tardia, hipoplasia dental, alterações radiográficas, má oclusão, diastemas,

calcificação e necrose pulpar assintomática, osteomielite mandibular, parestesia do nervo mandibular e dores orofaciais na ausência de patologias de origem dentária. Portanto, o dentista deve estar atento a essas condições durante o acompanhamento do paciente, procurando melhorar a qualidade de vida deste por meio da diminuição de fatores que possam desencadear crises falcêmicas.

Minimizar o estresse físico reduz o risco de uma crise, portanto deve-se planejar a maneira como o tratamento dentário será realizado e a extensão desse tratamento. Se o plano de tratamento dental for pequeno e bem planejado, procedimentos dentários de rotina podem ser executados usando anestésico sem vasoconstritor.

Para tratamento dentário os pacientes com DF devem ser avaliados por hematologista, hemoterapeuta e anestesiolegista com experiência no cuidado de pacientes com DF.

9.9 Atenção ao Paciente Portador de Hepatite

As hepatites mais frequentes são as virais. Podem atingir o fígado de forma crônica ou aguda. As hepatites virais são identificadas por seus agentes causadores: hepatite A (HVA), hepatite B (HVB), hepatite C (HCV), hepatite D, hepatite E, hepatite G.

Os procedimentos odontológicos expõem os pacientes, o cirurgião-dentista, sua equipe e seus familiares à contaminação se medidas de controle de infecção e barreiras de biossegurança não forem adequadamente utilizadas.

A utilização de equipamentos de proteção individual como gorros, luvas, máscaras e aventais, os cuidados com o aerossol, torneiras com pedal, a correta lavagem e acondicionamento

do instrumental e a eficiente esterilização, bem como o recolhimento do lixo contaminado, a vacina para hepatite B, entre outros, são requisitos indispensáveis à segurança da equipe odontológica e do paciente.

O tratamento odontológico requer interação com a equipe de saúde que acompanha o paciente.

9.10 Atenção ao Paciente com Hipertensão Arterial

Deve ser estabelecido como rotina o ato de se aferir a pressão arterial de todos os pacientes em cada consulta odontológica, pois em muitos casos a hipertensão é assintomática e o próprio paciente não sabe ser portador. A equipe de saúde bucal deve estar treinada e atenta para identificar o paciente diabético ou hipertenso, pois muitas vezes o atendimento odontológico pode ser a porta de entrada desse paciente para o programa de controle multidisciplinar desses agravos na unidade de saúde.

9.11 Atenção ao Paciente Portador de HIV ou com AIDS

O tratamento das pessoas portadoras do HIV ou com AIDS deve ser realizado seguindo procedimentos normais de rotina odontológica. Porém quando o paciente apresentar complicações sistêmicas avançadas, deve ser encaminhado para os centros especializados de referência devido as suas condições imunológicas deficitárias.

As manifestações bucais do HIV são comuns e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença, por isso quando detectadas, podem ajudar tanto no diagnóstico precoce quanto na instituição de medidas profiláticas e terapêuticas.

10 RESPONSABILIDADE INSTITUCIONAL

Cabe à SSB/SES, por competência no nível estadual:

- a) definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do seu território, a Política Estadual de Saúde Bucal, promovendo as adequações necessárias, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades loco-regionais;
- b) coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de educação permanente dos trabalhadores do SUS voltada para a Política Estadual de Saúde Bucal, respeitando-se as especificidades loco-regionais;
- c) implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à política proposta;
- d) estabelecer parceria com as diversas organizações cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Estadual de Saúde Bucal;
- e) promover, na esfera de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da referida política;
- f) elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos clínicos/terapêuticos, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;
- g) promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta;

- h) estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Estadual de Saúde Bucal;
- i) incentivar junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e atenção à saúde bucal.

II RECURSOS FINANCEIROS

As ações serão implantadas gradativamente, articuladas com as Políticas já existentes e executadas pela SES.

As capacitações de profissionais de saúde bucal à compra e distribuição de escovas dentais aos municípios são viabilizadas por recursos do Tesouro do Estado, previstos no Planejamento Anual do Departamento de Ações em Saúde.

O Estado do Rio Grande do Sul criou incentivo mensal para custeio das ESB na ESF para estimular os municípios a ampliar o número de equipes e recentemente criou incentivo para custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas e para oferta de próteses dentárias.

As ações de atenção integral à saúde bucal nos municípios estão inseridas no Piso de Atenção Básica fixo e variável e pelo Bloco Financeiro da Média e da Alta Complexidade.

12 AVALIAÇÃO

O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Estadual de Saúde Bucal deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida.

A avaliação tem como finalidade essencial atender o cumprimento dos princípios e das diretrizes dessa política, buscando verificar sua efetividade.

Uma avaliação mais detalhada da Política Estadual de Saúde Bucal deverá ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.

Além dessas avaliações de resultado e processo, não se pode deixar de avaliar a contribuição dessa política para concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na conformidade do que estabelece a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso Nacional. Lei complementar nº 101: Lei de Responsabilidade Fiscal, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 19 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 maio 2009.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 15 maio 2009.

_____. Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de

monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p325.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2009.

_____. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 15 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer da boca**. Rio de Janeiro, 2002. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de atendimento odontológico a pacientes com coagulopatias hereditárias**. Brasília, DF, 2005. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília, DF, 2006. 92 p. (Caderno da Atenção Básica, 17).

_____. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília, DF, 2008. 128 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de saúde bucal na doença falciforme**. Brasília, DF, 2005. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, DF, 2004b. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Políticas de saúde: metodologia de formulação**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática. SIDRA 97. **Recontagem populacional de 1996**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 3., 2004, Brasília. **Relatório final: acesso e qualidade superando exclusão social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: OPAS, 2006.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE. Global goals for oral health by the year 2000. **International Dental Journal**, London, v. 32, n. 1, p. 74-77, mar. 1982.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, jan./mar. 2005.

MERLE, V. et al. Risk factors of contamination by

hepatitis C virus. Case-control study in the general population. **Gastroenterologie Clinique et Biologique**, Paris, v. 23, n. 4, p. 439-446, abr. 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Vigiágua**: relatório anual do sistema de vigilância do flúor na água para o consumo humano. Porto Alegre, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde Bucal. **Política de Saúde Bucal na Área Rural**. Porto Alegre, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde. Seção de Saúde Bucal. **Projeto SB-RS**: condições de saúde bucal da população do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003a. 47 p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 15/2003, de 07 de abril de 2003b. Implanta o Programa Primeira Infância Melhor. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/conteudos/Legislacao/PortariaN15-2003.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2009.

_____. Resolução nº 295/08: CIB/RS. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1228938459054cibr295_08.pdf>. Acesso em: 12 maio 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Seção de Saúde Bucal. **Plano Estadual de Atenção à Média Complexidade em Saúde Bucal**. Porto Alegre, 2004.

SILVA, Angel Alberto Granizo; FIGUEIREDO, Maria Antonia Zancanaro de. Manifestações estomatológicas em pacientes receptores de transplante renal sob terapia imunossupressora: avaliação clínica de um ano. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 13, n. 25, p. 49-75, jun. 1998.

SONIS, Stephen T.; FAZIO, Robert C.; FANG, Leslie. **Princípios e práticas de medicina oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.