



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES**

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: O ESTUDO DO EIXO “PROMOÇÃO E
PROTEÇÃO” DA SAÚDE**

BEATRIZ GASPAR CARAÇA

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Mori Sarti

Trabalho de Iniciação Científica apresentado à Comissão de Pesquisa e Extensão da Escola de Artes, Ciências e Humanidades.

SÃO PAULO
2012

Política Nacional de Saúde Bucal: O estudo do eixo “Promoção e Proteção da Saúde” –
Aluna: Beatriz Gaspar Caraça – Gestão de Políticas Públicas
Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Flavia Mori Sarti – Gestão de Políticas Públicas
Período de desenvolvimentos do projeto: outubro de 2011 a outubro de 2012
Área de pesquisa: Saúde Pública - Palavras chave: saúde bucal; IDH; ações coletivas.

RESUMO

A saúde bucal brasileira ao longo da história nunca constituiu um setor que esteve na pauta da agenda governamental e por isso, demorou a se tornar uma política pública de fato. Somente a partir de 2004 o governo Federal através do Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal que tem por finalidade principalmente, aumentar os cuidados com a higiene bucal através da prevenção e promoção da mesma.

Este estudo tem por intuito realizar uma análise da quantidade de dentes cariados por região do Brasil tendo como variáveis os componentes do eixo “promoção e proteção” da saúde: hábitos alimentares saudáveis; fluoretação da água; ações coletivas de escovação supervisionada e bochecho fluorado. Verificando em que medida a Política Nacional de Saúde Bucal está sendo cumprida ou não. Isso se justifica na medida em que temos que mensurar e identificar as possíveis falhas dessa Política para tentar corrigi-las e assim, aprimorar e proporcionar cada vez mais políticas públicas capazes de satisfazer as necessidades da população.

A metodologia será a análise dos dados obtidos quanto ao número de dentes cariados por região do Brasil e a partir daí, verificar em cada região a quantidade de municípios que possui o sistema de fluoretação das águas de abastecimento público, além de verificar a quantidade de alimentos por categoria (como cereais, carboidratos, açúcares e guloseimas, leguminosas e outros) que cada população de cada região mais consome. Associados a isto, buscaremos o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de cada estado das 5 regiões brasileiras.

Os dados foram obtidos nos sítios eletrônicos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Além de outras fontes como o próprio Ministério da Saúde e também o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Saúde Bucal citada acima é de responsabilidade do Ministério da Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde e foi instituída em 2004 decorrentes de um contexto preocupante com dados alarmantes quanto à saúde bucal dos brasileiros revelados pelo IBGE como, por exemplo, o fato de 30 milhões de brasileiros nunca terem ido uma única vez ao dentista até o ano de 1998. (BRASIL, 2011).

Outro levantamento finalizado em 2004 pelo Ministério da Saúde, mais precisamente pelo Departamento de Atenção Básica, identificou que 45% dos brasileiros não tem acesso regular à escova de dente; 20% dos brasileiros já perderam absolutamente todos os dentes e 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista. (BRASIL, 2011).

Dado esse crítico cenário juntamente com a necessidade de se cumprir as leis previstas na Constituição Federal de 1988, o governo federal elaborou esse programa de acesso universal e igualitário cujas ações são pautadas pela disseminação das informações necessárias para ações preventivas e também cultivando hábitos saudáveis que fazem toda diferença além de viabilizar políticas públicas que implantem o sistema de fluoretação das águas dos municípios para que a água seja de melhor qualidade recebendo o flúor.

Associado a essas ações, a higiene bucal supervisionada ensina o modo correto da assepsia para evitar o surgimento de cáries e doenças como gengivite. Além da aplicação de flúor para prevenir a cárie.

Por isso, esse trabalho se justifica na medida em que se faz de suma importância descobrir como está a evolução dessa política pública tão embrionária e relevante para a população brasileira. E assim, ao identificarmos possíveis falhas, poder aponta-las a fim de que se corrijam, pois nenhuma política pública é perfeita, ela é aperfeiçoada ao longo dos anos.

OBJETIVOS E METODOLOGIA

Este trabalho tem por objetivo estudar a Política Nacional de Saúde Bucal – também denominada Programa Brasil Sorridente - que de acordo com o próprio documento, articula suas ações em três eixos: “Recuperação” - consiste no tratamento em si do paciente; “Reabilitação” – onde são dadas condições para que o paciente volte ao convívio social e profissional; “Proteção e Promoção da Saúde” – foco da análise deste trabalho e que consiste em ações de cunho preventivo prioritariamente a fim de se evitar ou minimizar as doenças bucais.

Pautará sua metodologia em pesquisas bibliográficas e levantamento de dados, constituindo uma mescla entre as tipologias de pesquisa qualitativa e quantitativa.

Os dados serão obtidos através do sítio eletrônico do Ministério da Saúde, mais precisamente do Departamento de Informática do SUS – DATASUS; do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Além de outras fontes como artigos científicos.

Após a coleta dos dados, os mesmos serão analisados partindo das variáveis do eixo “promoção e proteção da saúde bucal” que são: hábitos alimentares saudáveis – consumo per capita em quilogramas por ano em cada região do Brasil nos anos 2000 – 2002 e 2008 - 2009; fluoretação da água – quantidade de municípios que adicionam flúor ao seu tratamento ou distribuição da mesma nos anos de 2000 e 2008; ação coletiva de escovação supervisionada – quantidade de ações desse tipo aprovadas por região – outubro de 2008; ação coletiva de bochecho fluorado – quantidade de ações desse tipo aprovadas por região – outubro de 2008; média de dentes cariados, obturados e perdidos por estudantes de 12 anos de cada região brasileira – anos de 1986, 1996, 2003 e 2010.

Para correlacionar todos esses dados usaremos o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) referentes aos estados brasileiros nos anos de 2000 e 2005.

Vale ressaltar que a escolha do período temporal deste trabalho se justifica no ano de implementação do Programa Federal Brasil Sorridente – 2004, por isso, os dados serão anteriores e posteriores à esse ano.

Sendo assim, a pesquisa centrará no cumprimento ou não das principais diretrizes do plano que são referentes à hábitos alimentares por região e fluoretação de águas por região; evidência de dentes cariados nas regiões do Brasil; e a influência ou não do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) regional nesses resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fluoretação da água por regiões brasileiras

Ao analisarmos as regiões brasileiras que recebem tratamento de água, verificamos que no ano 2000, a região Sudeste é a que tem maior quantidade de municípios que recebem água tratada – 2.163. Desse total, 1.663 realizam fluoretação da água – o maior registro dentre as regiões.

Em segundo lugar com maior quantidade de municípios que recebem água tratada está o Nordeste – 1.925, desse total somente 358 recebem tratamento com flúor.

A terceira região que contém maior número de municípios com tratamento de água no ano de 2000 é o Sul do Brasil com 1.210 no total em que desse montante, 961 municípios recebem adição de flúor à água.

Por conseguinte, estão as regiões Norte e Centro Oeste com significativa diferença quanto ao número de municípios atendidos com tratamento de água. O Centro Oeste assume a quarta posição com 529 municípios e desse total, apenas 184 recebem flúor. O Norte assume a última colocação com 219 municípios e somente 36 recebem tratamento com flúor.

Esses dados do ano de 2000 nos revelam, em termos proporcionais, que de todos os municípios que pertencem à região Sudeste, 53,38% recebem água tratada com flúor. Em seguida está a região Sul com 41,03% de seus municípios contemplados com flúor na água. Na terceira posição está o Centro Oeste com 26,28%, seguido do Nordeste com 11,60% e por fim, novamente o Norte com somente 5,93% de seus municípios com flúor adicionado à água. No ano de 2008, a região com maior quantidade de municípios atendidos com tratamento de água foi o Nordeste (1.632 municípios). Desse total, somente 576 efetuam fluoretação da água.

Em segundo lugar com uma pequena diferença está a região Sudeste do país com um total de 1.598 municípios contemplados com tratamento de água e desse montante, quase todos recebem tratamento com adição de flúor, totalizando 1.433.

Por conseguinte, a região Sul do país apresenta cobertura de municípios com tratamento de água não tão destoante das regiões percorridas acima – 1.147 e desse total, a grande maioria recebe flúor em sua água – 1.043.

A região Centro Oeste permanece na quarta posição com uma grande diferença gritante entre as regiões acima. O total de municípios é de 439 e somente 254 recebem água fluoretada.

Por fim, está a região Norte, mais uma vez. Entretanto, os dados revelam que a quantidade de municípios que recebem tratamento de água é de 350 e desse total, apenas 45 fluoretam a água distribuída.

Sendo assim, percebemos que, em termos proporcionais, a região Sul contempla 87,79% de seus municípios com água fluoretada. Em segundo está a região Sudeste com pouca diferença – 85,91%. Em terceiro está o Centro Oeste com 54,50%, seguido das regiões Nordeste – 32,12% e Norte – 10,02%.

Portanto, ao analisarmos os dados, concluímos que houve uma evolução significativa quanto à abrangência dos municípios contemplados com flúor nas águas distribuídas em todas as regiões brasileiras.

Característica do Consumo de Alimentos em âmbito Regional Brasileiro

Esta seção tomará como base a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente aos anos de 2008 e 2009 acerca dos tipos de alimentos que são adquiridos (em kg per capita, anualmente) pelas famílias divididos de acordo com as cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste).

Os alimentos são divididos por categorias: cereais; leguminosas; hortaliças; frutas; farinhas; féculas; massas; panificados; bolos; carnes; pescados; aves; ovos; laticínios; açúcares; doces; produtos de confeitaria; sais; condimentos; óleos; gorduras; bebidas; alimentos preparados; misturas industriais e por fim, a categoria “outros” que não está especificada na pesquisa.

Nos anos de 2002-2003, o IBGE registrou o Centro Oeste como o maior consumidor de cereais (46,814), e a região Sul como a que menos consome esse item (28,848).

A região Sul permanece como menor consumista, só que nesse caso em termos de leguminosas (9,836). Já a que mais consome esse item é a região Nordeste (17,943).

Quanto às hortaliças, massas, bolos, laticínios, gorduras e outros produtos, a região Sul lidera o maior consumo com cerca de 39,298; 5,648; 1,225; 70,870; 3,243; 0,014 – kg/per capita por ano - respectivamente. Como contraponto, a região que menos consome esses mesmos itens é a Norte com 19,735; 3,119; 0,229; 24,388; 1,500; 0,001, respectivamente.

No que se refere às frutas, a região Sul (31,005) é a que mais consome esse tipo de alimento, porém a que menos consome é a região Centro Oeste – 17,360.

A região Norte é a maior consumidora de farinhas (36,152); aves (16,894); sais (4,716) e pescados (24,667). Respectivamente, as regiões que menos consomem esses alimentos são: Sudeste (5,371); Centro Oeste (12,305); Sudeste (2,431); Centro Oeste (1,360).

A maior consumidora de féculas é a região Nordeste (9,315) em contraponto com a região Centro Oeste (1,819).

O item panificados tem como maior consumidora, a região Sudeste (22,199) e a Centro Oeste como a que menos consome (13,478).

A região Sul se sobressai frente às outras regiões nos seguintes alimentos: carnes (34,754); ovos (5,524); condimentos (4,050) e alimentos preparados (3,857). As que menos consomem esses mesmos itens, respectivamente são as seguintes regiões: Nordeste (21,637); Sudeste (0,098); Nordeste (1,899); Nordeste (0,948).

A região Sudeste é a que mais consome açúcares, doces e produtos de confeitaria – 24,389; bebidas e infusões – 55,281; misturas industriais – 0,305. No entanto, respectivamente, as que menos consomem esses mesmos alimentos são as regiões: Norte (19,066); Norte (24,507); Nordeste (0,083).

Por fim, temos a região Centro Oeste como a maior consumidora de óleos (11,031) e Nordeste como a menor consumidora (6,110).

Em 2008 – 2009, a região que mais adquire cereais é a região Centro Oeste com cerca de 41,526 kg/per capita/anual. Em contraponto à esse contexto está a região Sul com 25,359.

Quanto às leguminosas, a região que mais consome é o Nordeste com 12,829 e a que menos consome é a região Sul com 6,892. No entanto, no que tange às hortaliças e frutas, a região Sul apresenta os números mais altos - 38,595 e 36,531, respectivamente. E a região mais deficitária nesse quesito é o Norte – 19,418 e 20,511, respectivamente.

O item farinha é consumido em maiores proporções pela região Norte – 25,811 e é menos consumido pelos habitantes da região Sudeste – 3,894.

Féculas são consumidas em grande medida por nordestinos – 8,704 e não tão consumidas pela região centro oeste – 2,269.

Os alimentos mais adquiridos pela região Sul são: massas (6,198); panificados (22,917); ovos (4,217); açúcares (21,868) e gorduras (2,450). Esses mesmos itens são menos consumidos na região Centro Oeste – 3,422; 15,488; 2,512; 19,693; 1,536, respectivamente.

Além disso, a região Sul é a maior consumidora de itens como carnes (35,716); condimentos (4,194); bebidas (64,136); alimentos preparados (4,466). Em contraponto, a região que menos adquire esses tipos de alimentos é o Nordeste (22,036 – carnes; 1,925 – condimentos; 1,661 – alimentos preparados). E a região Norte é a que menos consome bebida 40,350.

No entanto, a região Norte é que mais adquire alimentos como: pescados (17,544); aves (19,804); sais (3,519); outros produtos (0,144). Quanto às regiões que menos consomem esses alimentos são respectivamente: 1,597 - Sul; 10,397 – Centro Oeste; 1,859 - Sudeste; 0,006 - Sul.

A região Centro Oeste aparece como a maior consumidora de óleos (8,622) e misturas industriais (0,419). Em contrapartida a esses itens, respectivamente, o Nordeste apresenta o menor consumo de óleos (5,503) e misturas industriais (0,226).

Por fim, o Sul apresenta as maiores quantidades de consumo de laticínios 67,412 e o Norte, o menor (23,999).

Ação Coletiva de Bochecho Fluorado

Os dados obtidos através do sítio eletrônico do DATASUS revelam que em outubro de 2008, a região que mais realizou bochechos fluorados coletivamente foi a região Sudeste com 828.113 mil aprovações para essa atividade. Já a que menos realizou foi a região Norte com 74.145 mil aprovações.

No ano de 2009 a região Norte consegue obter uma grande evolução atingindo 257.822 mil aprovações, uma pequena diferença da região Centro Oeste (224.075 mil), sendo a penúltima em relação aos que mais tiveram aprovações em 2009. A região que mais aprovou ações coletivas de bochechos fluorados foi o Nordeste 825.136 mil.

Em 2010 ocorre uma grande queda nas quantidades aprovadas. A região que menos realizou ações desse tipo foi o Norte (46.731 mil), já a que mais realizou foi a região Sul (683.460 mil).

Já em 2011, novamente os dados revelam que a região Norte diminui mais ainda suas ações no âmbito de bochechos fluorados. Somente realizaram cerca de 27.872 mil. Como contraponto, a região Sul realizou 936.333 mil ações.

Ação Coletiva de Escovação Supervisionada

Em 2008 a região com menor quantidade de aprovação quanto à ações de escovação dental supervisionada foi a região Norte com 294.477 mil. Já a região com maior quantidade aprovada foi a Sudeste com uma grande diferença, pois seu total foi de 3.226.841 mil.

A região Norte continua como a menor região que tem aprovações de ações coletivas de escovação supervisionada em 2009. Seu montante foi de 299.943 mil. A região Sudeste atingiu o topo com 2.563.881 milhões de aprovações.

Nos anos de 2010 e 2011 a região Norte permaneceu com a menor quantidade aprovada de ações de cunho de escovação supervisionada. Os dados do DATASUS revelam somente 217.675 mil e 238.297 mil, respectivamente.

As maiores quantidades nesses anos decorridos acima foram da região Sudeste. Foram 2.838.128 milhões e 3.202.807 milhões, respectivamente.

A evolução abaixo no gráfico ilustra melhor a situação.

Gráfico 3. Evolução das ações coletivas de escovação supervisionada por região brasileira – período de 2008 a 2011.

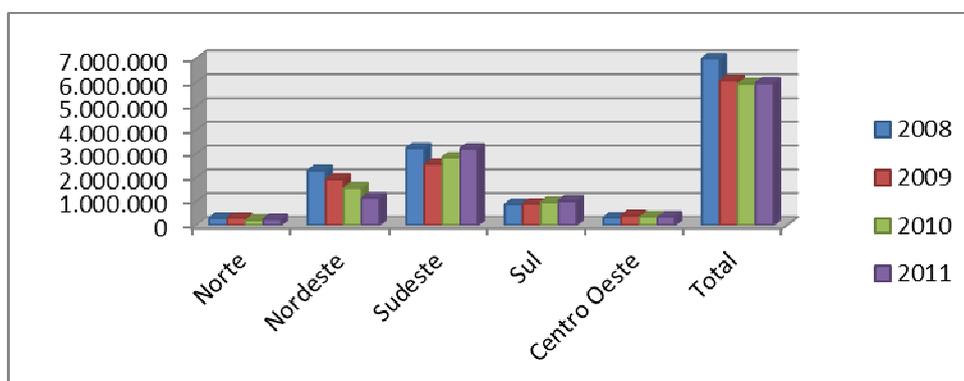
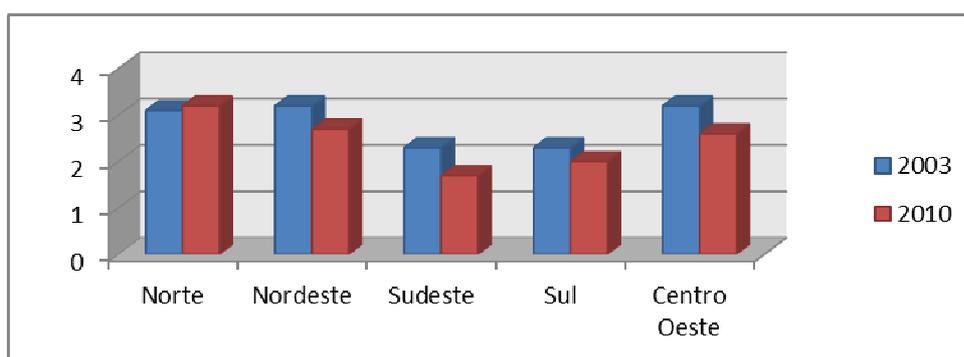


Gráfico 4. Evolução da média do nº de Dentes Cariados, Obturados e Perdidos aos 12 anos de idade, por escolar examinado – período 2003 e 2010.



Pode-se perceber, portanto, que ao longo dos anos, todas as regiões brasileiras em maior ou menor grau conseguiram diminuir a média de dentes cariados, obturados e perdidos nos indivíduos de 12 anos frequentadores de alguma instituição de ensino. Porém, a única exceção é a região Norte que no intervalo dos anos 2003 a 2010 obteve um ligeiro aumento.

Os piores resultados referem-se às regiões Norte e Nordeste, respectivamente. Isso se justifica na medida em que o Norte obteve os piores resultados no ranking de todas as regiões em vários indicadores, como por exemplo, bochecho fluorado; escovação supervisionada; nº de dentes cariados e a quantidade de municípios que realizam a fluoretação da água.

Além disso, o índice de desenvolvimento humano (IDH) é o segundo pior das cinco regiões. Somente no quesito de alimentação não fogem muito às diretrizes propostas pelo Plano Nacional de Política Bucal, pois o que mais consomem são farinhas, aves, sais e pescados ao longo dos anos de 2002 a 2009, por exemplo.

A região Nordeste também segue os mesmos problemas da Norte, mas não tão agravados. Ou seja, possui uma alimentação razoável no que tange ao consumo de alimentos não prejudiciais à saúde bucal, mas a falta de infraestrutura (baixa fluoretação da água e escovação supervisionada não tão relevante) não contribui para que haja uma boa saúde bucal.

Podemos observar que os indicadores também são muito ruins, mas assim como o Norte, a alimentação não está tão fora dos padrões. Vale notar que essa região constitui o pior IDH frente às demais.

A região Sudeste por sua vez apresentou bons resultados quanto aos aspectos de infraestrutura, sendo a região que mais realizou ações de escovação supervisionada nos quatro anos estudados e também em 2008 quanto ao item bochecho fluorado. Também vale ressaltar os números significativos de municípios que recebem água fluorada e por ser a região com menor índice de dentes cariados.

No entanto, essa região é a que mais consome alimentos não tão indicados pela Política Nacional de Saúde Bucal que são os açúcares e doces.

A região Sul também apresenta bons resultados assim como o Sudeste. No entanto, em termos de hábitos alimentares saudáveis, os sulistas e os habitantes do sudeste são os maiores consumidores de massas, panificados, gorduras e açúcares, mas por contarem com uma boa infraestrutura conseguem manter uma boa saúde bucal.

Já a região Centro Oeste apresenta dados mesclados, ou seja, alguns estão razoáveis outros não, pois em termos alimentícios não é o maior consumidor de itens não saudáveis, como doces e açúcares. Porém, dado o contexto não tão favorável para produção de alimentos saudáveis, os habitantes dessa região consomem, por sua vez, poucas frutas, féculas e pescados, alimentos considerados de suma importância para uma boa alimentação.

CONCLUSÃO

Dado todo o embasamento acadêmico e também da análise dos dados, podemos concluir que a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente constituiu um avanço em termos de saúde pública nesse setor que sempre foi tão carente de investimentos públicos e, além disso, constitui um desenho de programa “referência” para os demais países.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Saúde da Família estruturaram e viabilizaram a estratégia proposta, pois com visitas monitoradas e com um conceito de participação e maior atenção conseguem que essas políticas públicas sejam de fato aplicadas.

No entanto, por ser ainda um programa novo, sofre com alguns problemas, como ainda não esclarecer, por exemplo, a quantidade de ações coletivas que seria o ideal para cada região, ou então a quantidade de consumo de alimentos tidos como prejudiciais à saúde bucal – itens essenciais para o estudo do eixo “promoção e proteção da saúde”.

Isso não permite que tenhamos parâmetros para analisar de forma precisa se a Política está de fato sendo bem cumprida, deixando uma lacuna e ficando algo muito genérico. A única forma que possuímos de análise é entre as cinco regiões do país.

A partir daí, podemos afirmar que as regiões Norte e Nordeste são as que mais sofrem com a falta de infraestrutura. A região Norte ainda é mais crítica e por isso é a que menos recorre aos serviços odontológicos por “revisão e/ou prevenção” e a maior que recorre por casos de “dor”, por exemplo. (Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, 2010).

Com isso, verificamos que a infraestrutura é muito mais relevante para uma boa saúde bucal do que aspectos alimentícios, por exemplo. Comer alimentos que não são considerados tão bons para a saúde bucal não implica em tantos danos, caso o indivíduo tenha um respaldo como ações coletivas, sistema de abastecimento de água com fluoretação, entre outros.

Vale ressaltar que houve um aumento significativo quanto ao número de municípios que recebem adição de flúor na água do abastecimento.

De modo geral, o Ministério da Saúde aumentou sua atenção no que tange a esse assunto. Isso pode ser afirmado na medida em que a quantidade de recursos financeiros disponibilizada foi sendo maior a cada ano, possibilitando assim, o aumento no número de ações coletivas.

É de suma importância também destacar a esfera de consulta da população brasileira de 12 anos, se consiste em âmbito público ou privado. A grande maioria se consulta no sistema público, por se tratar de um serviço ainda caro. E também avalia o sistema como “Bom”. (Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, 2010).

Outro aspecto que dificultou o desenvolvimento deste trabalho foi a falta de dados ou então, a dificuldade em encontra-los. Não são sítios eletrônicos de fácil acesso e que possibilitam a transparência.

No entanto, se faz de suma importância ressaltar que as diretrizes propostas pela Política Nacional de Saúde Bucal estão de acordo com as propostas feitas pela World Health Organization (WHO) em 2003 que são:

“1. Reducing the burden of oral disease and disability, especially in poor and marginalised populations. 2. Promoting healthy lifestyles and reducing risk factors to oral health that arise from environmental, economic, social and behavioural causes. 3. Developing oral health systems that equitably improve oral health outcomes, respond to legitimate demands, and are finally fair. 4. Integration of oral health and care into national and community health programmes.”

Sendo assim, concluímos que de modo geral grandes avanços foram alcançados com a Política Nacional de Saúde Bucal, mas ainda há muito a se fazer. Mas também sabemos que políticas públicas são construções paulatinas e por muitas vezes, imperfeitas, cabendo ao cotidiano nos orientar para ajustá-las e assim, melhorarmos a vida da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel, 2010. Revista de Saúde Pública 2010;44(2):360-5. “Políticas de Saúde Pública Bucal e o impacto sobre as desigualdades em saúde”. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/18.pdf>. Acessado em novembro de 2011.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; PERES, Marco Aurelio; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos, 2006. “Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil” Ciência & Saúde Coletiva, 11 (1) : 79 - 87.

ARANHA, Lauramaris de Arruda Régis, 2004. “Prevalência de Cárie Dental e Gengivite em Escolares de 12 anos na Rede Municipal de Ensino de Boa Vista, Roraima”. Disponível em: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aranhalarm.pdf>. Acessado em março de 2012.

BARBATO, Paulo Roberto; PERES, Marco Aurélio, 2009. “Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional”. Revista de Saúde Pública 43(1):13-25.

BOTAZZO, C., 1994. “A Saúde bucal nas práticas coletivas de saúde.” Instituto de Saúde.

BRASIL, 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2010/12/28/brasil-entra-no-grupo-de-paises-com-baixo-indice-de-carie-na-populacao-diz-saude>. Acessado em outubro de 2011.

BRASIL, Banco Central do Brasil, 2009. “Evolução do IDH das Grandes Regiões e Unidades da Federação.” Disponível em: <http://www.bcb.gov.br/pec/boletimregional/port/2009/01/br200901b1p.pdf>.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica, 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/saude_familia.php. Acessado em novembro de 2011.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php. Acessado em dezembro de 2011.

BRASIL, Índice CPO – D17. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/g17.pdf>. Acessado em fevereiro de 2012.

BRASIL, Ministério da Educação, 2008. Produção e Industrialização de Alimentos. “Curso Técnico de Formação para os Funcionários da Educação – Técnico em Alimentação Escolar”.

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2004. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002 – 2003. “Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional do Brasil”. Rio de Janeiro.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2005. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal – Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social - Relatório Final. Série D. Reuniões e Conferências.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2004. “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2004. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 – 2003 - Principais Resultados. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2006. “A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: O registro de uma Conquista Histórica.” Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf. Acessado em março de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de atenção básica nº 17.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2006. Painel de Indicadores do SUS. Ano I - no 1.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2009. “O SUS de A e Z – Garantindo Saúde nos Municípios”- 3ª Edição.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2009. Cadernos de atenção básica – Saúde na Escola. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf. Acessado em março de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2009. Guia de Recomendações para o Uso de Fluoretos no Brasil. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/livro_guia_fluoretos.pdf. Acessado em abril de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2010. “Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais”.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2011. “Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica” 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

BRASIL, Ministério das Cidades, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010. “Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008”. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/PNSB_2008.pdf. Acessado em abril de 2012.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2002. “Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2000”. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb/pnsb.pdf>. Acessado em março de 2012.

BRASIL, Portal da Saúde, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578. Acessado em novembro de 2011.

BRASIL, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2009. “Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal – Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal.” Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal.pdf. Acessado em março de 2012.

CESA, Kátia Teresa. “A Vigilância dos Teores de Flúor nas Águas de Abastecimento Público nas Capitais do Brasil.” Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12131/000623379.pdf?sequence=1>. Acessado em março de 2012.

CYPRIANO, Silvia; Pecharki, Giovana Daniela; SOUSA, Maria da Luz Rosário de; WADA, Ronaldo Seichi, 2003. “A saúde bucal de escolares residentes em locais com ou sem fluoretação nas águas de abastecimento público na região de Sorocaba, São Paulo, Brasil”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(4):1063-1071. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16855.pdf>.

“DAIRY Foods and Oral Health”, 2007. [S.l.:s.n.]

DEPAOLA, Dominick. P.; MOBLEY, Connie; TOUGER-DECKER, Riva. 2002. “Nutrition and Oral Medicine.”

FISCHER, Tatiana Konrad. 2008. “Indicadores de Atenção Básica em Saúde Bucal: Associação com as Condições Socioeconômicas, Fluoretação de Águas e a Estratégia de Saúde da Família no Sul do Brasil”.

“FOCUSING on Services”, 2008. [S.l.:s.n.].

FREYRE, Gilberto, 1933. “Casa grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal.” 36ª ed. Record, Rio de Janeiro, 1999.

FRIAS, Antonio Carlos; NARVAI, Paulo Capel; ARAÚJO, Maria Ercilia; ZILBOVICIUS, Celso; ANTUNES; José Leopoldo Ferreira. “Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso – Município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6):1237-1246, jun, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600013.

Acessado em março de 2012.

JUNIOR, Gilberto Alfredo Pucca, 2005. “A política nacional de saúde bucal como demanda social”. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29469.pdf>. Acessado em novembro de 2011.

LEVY – COSTA, Renata Bertazzi; SICHIERI, Rosely; PONTES, Nézio dos Santos; Monteiro, Carlos Augusto, 2005. “Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003)”. *Revista de Saúde Pública*. 39 (4):530 – 40.

MACIEL, Vladimir Fernandes; PENOFF, Roberto Nicolai; PIZA, Caio Cícero de Toledo, 2009. “Desigualdades Regionais e Bem - Estar no Brasil: Quão eficiente tem sido a atividade tributária dos estados para a sociedade?” Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/162/178>.

NARVAI, Paulo Capel, 2000. “Cárie dentária e flúor: Uma relação do século XX.” *Ciência e Saúde Coletiva*.

NARVAI, Paulo Capel, 2001. “Vigilância Sanitária da Fluoretação das Águas de Abastecimento Público no Município de São Paulo, Brasil, no Período de 1990 – 1999”.

NICKEL, Daniela Alba; LIMA, Fabio Garcia; SILVA, Beatriz Bidigaray da, 2008. “Modelos assistenciais em Saúde Bucal no Brasil”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):241-246.

ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS) – BRASIL. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.pdf>. Acessado em abril de 2012. [S.l.:s.n.]

PAULETO, Adriana R. Colombo; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb, 2003. “Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas escolares”. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19829.pdf> Acessado em novembro de 2011.

“PARÂMETROS Técnicos para a Implementação de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar”. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/perfil_operadoras/parametros_sugeridos.pdf. Acessado em março de 2012. [s.n.t.]

SALDIVA, Silvia Regina Dias Médici; SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; SILVA, Luiz Fernando Ferraz, 2010. “Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino e com cobertura parcial do Programa Bolsa Família”. Revista de Nutrição.

SOUZA, Tatyana Maria Silva de, e RONCALLI, Angelo Giuseppe. “Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov., 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n11/19.pdf>.