

Saúde Bucal de Pessoas em Situação de Pobreza Extrema Residentes em um Município no Sul do Brasil

Oral Health of People in Extreme Poverty in a City in Southern Brazil

Márcia Cançado Figueiredo^{a*}; Liana Tavares Peixoto^a; Franciele Covatti^a;
Kátia Valença Correia Leandro da Silva^a; Lucas Eduardo Jardim^a

^aUniversidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil

*E-mail: mcf1958@gmail.com

Recebido: 24 de setembro de 2013; Aceito: 5 de dezembro de 2013.

Resumo

Para proporcionar ações efetivas na busca pela saúde bucal, o acesso à saúde deve ser singularizado conforme as necessidades da população, o que deve ser planejado a partir de levantamentos e estudos que evidenciem o perfil da comunidade e que sirvam de parâmetro para o planejamento de futuras ações. Deste modo, o objetivo foi descrever a condição de saúde bucal de famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Augusta Meneguine, no município de Viamão, RS. Foi um estudo transversal, de amostra intencional, constituída por 151 pessoas que foram examinadas durante visitas domiciliares realizadas aos sábados, durante mutirões de saúde interdisciplinares, obtendo os seguintes resultados: 42% das pessoas viviam com até 1 salário mínimo e 48,6% moravam com 3 a 5 pessoas por casa, 50% apresentaram dentes cariados, 85,7% placa visível e 65,7% sangramento gengival, sendo possível identificar um perfil carente de saúde bucal e de nível socioeconômico da população. Os resultados deste estudo poderão nortear a implementação de ações em saúde bucal no município de Viamão, RS, Brasil, contribuindo para o planejamento e a alocação de recursos em políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Classe Social. Promoção da Saúde.

Abstract

To provide effective actions aiming oral health, the access to health must be done according to the needs of the population, through studies on the profile of the community, serving as a parameter for future actions. Thus, the objective of the present study was describe the oral health condition profile of the population registered in the Family Health Program, in Viamão city, RS. A cross-sectional study of a convenience sample consisting of 151 people was performed. The individuals were examined once a week during home visits, obtaining the following results: 42% people living with up to 1 minimum wage; 48.6% with a 3-5 individuals per household; 50% had decayed teeth; 85.7% had visible plaque; and 65.7% had gingival bleeding, thus, evidencing a poor oral health and socioeconomic status of the population. The results will guide the implementation of oral health practices in the city of Viamão, RS, Brazil, contributing to the planning and resource allocation in public health policies.

Keywords: Oral Health. Social Class. Health Promotion

1 Introdução

A saúde no Brasil tem passado por diversas mudanças no período de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, tanto de forma burocrática quanto ideológica e tem sido conduzida por meio do foco na promoção de saúde, a partir da premissa de que o equilíbrio do processo saúde-doença só terá êxito se ações que possibilitem autonomia ao indivíduo para estabelecer esse equilíbrio forem implementadas. Essas ações só são possíveis através de um reconhecimento dos determinantes de saúde do meio em que a população está inserida, para moldar as ações à realidade destas pessoas e direcioná-las de forma a causar um impacto positivo. A Estratégia da Saúde da Família - ESF serve para a reorientação do modelo assistencial, através da implantação eficaz das diretrizes e princípios do SUS, e garantia dos direitos sociais. Essa dinâmica de serviço caracteriza-se pela aproximação dos profissionais de saúde à comunidade,

aprimorando a qualidade do serviço e direcionando o acesso de forma singular à população, além de oferecer um atendimento que contempla a integralidade do indivíduo através de uma atenção multiprofissional e interdisciplinar, focalizando nas reais necessidades do indivíduo¹.

Em 2004, realizou-se o programa Brasil Sorridente, que objetivou ampliar e democratizar a cobertura odontológica no país, tornando a assistência odontológica centrada na prevenção e promoção em saúde, opondo-se à antiga prática focalizada na tecnologia dura e operacional. Dentro dessa proposta, a saúde bucal tem sido proporcionada, contemplando a inserção social, o papel na sociedade, a saúde geral e o espaço físico do cidadão. Dessa forma, o desenvolvimento de trabalhos que evidenciam o perfil de uma população torna-se necessário para a elaboração de propostas que se adequem à realidade local².

Nas últimas décadas, a condição social tem sido enfatizada como determinante na situação de saúde bucal. Estudos têm demonstrado que o declínio da cárie dentária vem sendo acompanhado pela polarização da doença nos grupos menos privilegiados. Vários trabalhos têm abordado a associação entre desenvolvimento social e cárie dentária, tanto no campo do indivíduo como no coletivo. Estes estudos revelam que a prevalência de cárie dentária, expressa pelo Índice CPO-D, mostra-se significativamente pior para populações de baixo nível socioeconômico³. A baixa renda pode estar associada ao grau de educação, valor atribuído à saúde, estilo de vida e acesso à informação sobre cuidados de saúde. Como consequência, a renda familiar pode ser um fator indireto para a susceptibilidade à cárie⁴.

Diante do contexto atual, este artigo tem como objetivo descrever a condição de saúde bucal (presença de placa visível, sangramento gengival, dentes cariados extraídos e restaurados) de famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família da UBS Augusta Meneguine, no município de Viamão, RS.

2 Material e Métodos

Foi realizado um estudo transversal, observacional e analítico, com amostra intencional constituída pelos usuários cadastrados na ESF da Vila Augusta Meneguine, no município de Viamão, RS, de acordo com dados registrados por esta equipe. Esta população foi constituída por 151 pessoas, totalizando 23 famílias, o que representou cerca de 2% desta população, conforme percentual estimado de 7.503 moradores, tendo tido representação de moradores de toda abrangência da ESF na referida vila.

Os dados foram coletados através de visitas domiciliares, realizadas aos sábados dos meses de março a outubro de 2013, acompanhando os mutirões de saúde interdisciplinares realizados na vila, e as atividades de extensão universitária (nº 22513), denominadas Ações Interdisciplinares em Educação para Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Os moradores das casas visitadas responderam a um questionário padronizado, que continha informações socioeconômicas do chefe da família, além de dados sobre a saúde geral, nutrição, peso e pressão arterial de todos integrantes das 23 famílias visitadas.

Quanto às condições de saúde bucal, foram avaliadas a presença ou ausência de placa visível e sangramento gengival, número de dentes cariados, perdidos e restaurados. Estes exames bucais foram realizados por examinadores treinados, mediante luz artificial nos ambientes mais claros das residências, sendo iniciados pela verificação da presença de placa visível, seguida da escovação supervisionada e observação de sangramento gengival. Após essa deplacagem, fez-se a secagem dos dentes com uma gaze e levantou-se o número de dentes cariados, perdidos e restaurados, diferentemente de se obter o índice CPOD ou CPOS da referida população.

Os dados da amostra foram analisados na relação de indicadores socioeconômicos e saúde bucal, utilizando o método Qui quadrado, observando o teste exato de Fisher $p \leq 0,05$. Quando houve associação, utilizou-se o resíduo ajustado $\geq 1,96$.

Todos os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre esclarecido. Este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre, sob o número 669, processo: 001.032690.11.8, datado de 09/08/2011.

3 Resultados e Discussão

Do total da amostra de 151 indivíduos de 23 famílias, com idade média 23 anos, 34% (n=52) eram homens com uma média de idade de 20 anos, e 65% (n=99) eram mulheres com idade média de 24,7 anos. Essa amostra foi dividida, para fins didáticos, em crianças (≤ 12 anos), adolescentes (de 13 a 19 anos), adultos jovens (de 20 a 39 anos) e adultos maduros (≥ 40) conforme Amaral *et al.*⁵ e Figueiredo *et al.*⁶, sendo que a maior parcela se constituiu de crianças, com o percentual de 41,7%.

Com relação aos indicadores socioeconômicos, 42% das famílias viviam com até 1 salário mínimo, 34,6% em moradia feita de alvenaria, 32% de madeira e 30% mista. 48,6% moravam com 3 a 5 pessoas por casa. Com relação à escolaridade, 47,3% das pessoas possuíam o 1º grau incompleto e 18,6% eram analfabetos.

Na verificação das condições de saúde bucal, esta população, em qualquer faixa etária, apresentou 50% de dentes cariados. Com relação à presença de placa visível, ela foi encontrada em 85,7% dos adultos, sendo um resultado semelhante ao encontrado nos subgrupos. Quanto à presença de sangramento gengival, o resultado positivo igualmente prevaleceu na grandeza de 65,7% repetindo-se também nos menores grupos (Tabela 1).

Tabela 1: Percentual do número de indivíduos por faixa etária, relacionado com o percentual de número de dentes perdidos, cariados, obturados, presença de placa visível e sangramento gengival. Viamão, RS, 2012.

| | Faixa Etária | | | | | | | |
|----------------------|--------------|-------|---------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| | ≤ 12 | | 13 – 19 | | 20 - 39 | | ≥ 40 | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Perdidos | 12 | 19,0% | 10 | 50,0% | 22 | 66,3% | 28 | 80,0% |
| Obturados | 4 | 14,2% | 4 | 20,0% | 13 | 39,4% | 19 | 54,3% |
| Cariados | 43 | 68,2% | 11 | 55,0% | 28 | 84,8% | 21 | 60,0% |
| Placa Visível | 48 | 76,1% | 10 | 50,0% | 21 | 78,8% | 30 | 85,7% |
| Sangramento gengival | 36 | 57,1% | 10 | 50,0% | 23 | 66,7% | 23 | 65,7% |

Analisando estatisticamente pelo teste Qui quadrado a relação entre nível sócioeconômico e saúde bucal, encontrou-se uma associação significante entre as variáveis higiene bucal e renda familiar, frequência de ingestão de açúcar entre refeições e número de moradores ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2: Teste Exato de Fischer pelo Teste Qui quadrado na relação das variáveis tipo de casa e higiene bucal por dia e na relação das variáveis renda e frequência de ingestão de açúcar entre refeições.

| Teste Qui-Quadrado | | | | | | |
|--------------------------|--|----|--------------------|--------------------------------------|----|--------------------|
| | Frequência de ingestão de açúcar entre refeições X Renda | | | Higiene bucal por dia X Tipo de casa | | |
| | Valor | df | Significância | Valor | df | Significância |
| Pearson Qui quadrado | 55,304 ^a | 12 | 0,001 ^b | 16,258 ^a | 6 | 0,011 ^b |
| Relação de probabilidade | 47,059 | 12 | 0,000 ^b | 20,347 | 6 | 0,004 ^b |
| Teste Exato de Fischer | 45,771 | | 0,000 ^b | 17,7 | | 0,006 ^b |

A associação significativa ocorreu entre as variáveis renda de até 1 salário mínimo e frequência de mais de 3 ingestões de açúcar entre as refeições, renda de 3 a 5 salários mínimos e frequência de 2 ingestões de açúcar entre as refeições, e sem renda e 1 ingestão

de açúcar entre as refeições. ($r_i > 1,96$) (Tabela 3).

Foi encontrada uma associação significativa entre casa de alvenaria e a frequência de higiene bucal, realizada de 2 a 3 vezes ao dia pelos seus moradores ($r_i > 1,96$) (Tabela 4).

Tabela 3: Relação entre a renda e a frequência de ingestão de açúcar entre refeições. Viamão, RS 2012.

| | | Frequência de ingestão de açúcar entre refeições | | | | | Mamadeira noturna | Total |
|--------------|---------------------------|--|---------|---------|----------|----------|-------------------|-------|
| | | 0 | 1X | 2X | + de 3X | | | |
| Renda | Sem Renda | n(resíduo ajustado) | 0(-0,2) | 2(3,0) | 0(-0,9) | 1(-1,1) | 0(-0,2) | 3 |
| | Até 1 Salário Mínimo | n(resíduo ajustado) | 2(1,7) | 4(-1,8) | 7(-2,7) | 50(3,4) | 0(-1,2) | 63 |
| | De 1 a 2 Salários Mínimos | n(resíduo ajustado) | 0(-1,3) | 11(1,4) | 13(-0,8) | 43(-0,3) | 2(1,6) | 69 |
| | De 3 a 5 Salários Mínimos | n(resíduo ajustado) | 0(-0,5) | 1(-0,7) | 13(6,1) | 2(-4,5) | 0(-0,5) | 16 |
| Total | | n | 2 | 18 | 33 | 96 | 2 | 151 |

Tabela 4: Relação entre Tipo de casa e higiene bucal por dia. Viamão RS, 2012.

| | | Higiene Bucal Por Dia | | | | Total | |
|--------------|-----------|-----------------------|---------|----------|----------|---------|-----|
| | | Não | Até 1 | De 2 a 3 | + de 4 | | |
| Tipo de Casa | Alvenaria | n(resíduo ajustado) | 0(-2,5) | 8(-1,6) | 30(2,5) | 10(0,3) | 48 |
| | Madeira | n(resíduo ajustado) | 6(1,4) | 11(-0,3) | 24(0,6) | 6(-1,4) | 47 |
| | Mista | n(resíduo ajustado) | 6(1,2) | 17(1,9) | 15(-3,1) | 12(1) | 50 |
| Total | | n | 12 | 36 | 69 | 28 | 145 |

A população pesquisada foi caracterizada por viver abaixo da linha da pobreza e/ou em extrema pobreza, uma vez que as famílias sobreviviam com menos de um salário mínimo por mês e, em sua maioria, eram compostas por 3 a 5 moradores por residência, em situação precária. Isto reflete a realidade vivida também por 16,2 milhões de pessoas que se encontram em pobreza extrema, de acordo com dados do Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Um entre cada dez brasileiros vive em condições de extrema pobreza, sendo o Nordeste (18,1%) e Norte (16,8%) as regiões do país com maior número de pessoas nesta condição e as regiões Centro-Oeste (4%), Sudeste (3,4%) e Sul (2,6%) possuem as menores parcelas de população em situação de extrema pobreza⁷.

Além disto, o grau de escolaridade encontrado foi muito

baixo, quase a metade da população tinha apenas o primeiro grau incompleto. Sabe-se que famílias em situações de exclusão social, como a aqui encontrado, ficam mais vulneráveis às condições de saúde precárias; existência de desemprego e de precariedade face ao trabalho; baixos níveis de rendimentos e de qualificação profissional; incidência da economia informal; maior segregação espacial e consequente isolamento social; frequência de famílias de grande dimensão com elevada natalidade e de famílias monoparentais; incidência de comportamentos aditivos; elevadas taxas de criminalidade e de marginalidade no contexto social envolvente, violência doméstica, dentre outros.

Esta realidade reflete muitos dos achados deste estudo, como a relação inversamente proporcional da renda dos moradores com sua frequência de ingestão de açúcar entre

refeições. Dados estes que corroboraram com os de Levy-Costa *et al.*⁸ que, a partir de resultados da pesquisa de orçamentos familiares, verificaram que o consumo de açúcar na classe de menores rendimentos foi 50% superior ao observado na classe de maiores rendimentos. Tomita *et al.*⁹ sustentaram a hipótese de que o nível socioeconômico influencia a preferência pelo açúcar e esta, por sua vez, estava associada à prevalência de cárie dentária na dentição decídua.

O presente estudo também revelou uma associação significativa entre a estrutura da residência (alvenaria, madeira ou mista) e a frequência de higiene bucal por dia realizada pelos moradores. As famílias que residiam em domicílios do tipo alvenaria apresentaram uma maior frequência de higiene bucal do que aquelas cujas moradias eram feitas de madeira ou mista (Tabela 4). Este fato caracterizou a relação saúde bucal e nível sócio econômico da população trabalhada. Na literatura, é consagrada a associação do nível sócioeconômico com os hábitos de higiene bucal. Nos resultados de Abegg¹⁰, a porcentagem de indivíduos que escovam os dentes três vezes ao dia foi maior na categoria socioeconômica alta, sendo esta de 48,3%. Dentre as pessoas de categoria socioeconômica alta, 28,3% declararam escovar seus dentes quatro vezes ou mais por dia, comparado com 17,7% da categoria socioeconômica baixa. Pode-se dizer que o espaço físico onde a pessoa reside pode influenciar em sua saúde geral e bucal. Conforme Moreira *et al.*¹¹, deve-se reconhecer uma reprodução de expressão espacial das condições de vida e saúde da população, na medida em que o local de moradia do indivíduo reflete sua própria condição socioeconômica. Dessa maneira, o território, como reflexo das condições econômicas de seus habitantes e sujeito às iniquidades sociais e políticas, poderia influenciar negativamente as condições de vida de seus ocupantes. Percebe-se, então, que o território passa a gerar (e gerir) a pobreza de forma sustentável.

Por outro lado, a presença da cárie dentária foi expressiva, sendo verificada em quase 70% da população estudada. Mais preocupante ainda, entretanto, foi o dado de perdas dentárias, que ficou em 66% para o segmento de adultos jovens (indivíduos com idade entre 20 e 39 anos). Estas condições precárias de saúde bucal contribuem negativamente no sentido de perspectivas futuras de ingresso no mercado de trabalho, o qual exige uma boa apresentação e padrões mínimos de asseio para o desempenho das respectivas funções. Vargas e Paixão¹² verificaram que os sentimentos relatados pelos entrevistados, relacionados à perda dentária, foram bastante negativos, deixando claro que esses sentimentos não são decorrentes apenas de problemas estéticos ou funcionais causados pela perda dentária, mas porque os dentes e a boca têm um significado psicológico importante na formação do psiquismo humano. Dentre os problemas de natureza funcional e social relatados pelos entrevistados, os mais citados foram: dificuldades para mastigar, falar, mudanças no comportamento, insatisfação com a aparência, prejuízo

na aceitação social e dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, causando forte impacto na qualidade de vida.

A situação se agravou quando se considerou perdas dentárias em geral, sem chegar ao extremo do edentulismo. Nesse caso, o índice de perda dentária foi de 48% para toda a população e, ao tomar como referência os adultos maduros (≥ 40 anos), a perda dentária foi em média de 16,5 elementos dentários. Os achados no presente estudo estão em sintonia com os resultados da segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal¹³, onde 3 milhões de idosos precisam de prótese total nas duas arcadas dentárias e outros 4 milhões necessitam de prótese em apenas uma das arcadas. Esta alta média de perdas de elementos dentários por pessoa caracteriza prejuízo à funcionalidade da dentição, uma vez que ela é preservada quando mantidos, ao menos, 20 dentes bem distribuídos em ambas às arcadas. Uma dentição funcional prejudicada implica distúrbios na mastigação e na fala, afetando diretamente a qualidade de vida e a autoestima do indivíduo, pois se trata de atividades ligadas ao prazer, suprimento de necessidades humanas e, ainda à socialização na comunidade onde está inserido. Além dos danos devidos ao trauma mecânico repetido, como dores decorrentes de possíveis alterações e desgastes na articulação temporo-mandibular, o edentulismo, sem a devida reabilitação protética, pode alterar o padrão alimentar do indivíduo, podendo levá-lo a adquirir agravos, tais como a diabetes, doenças cardiovasculares, má nutrição e obesidade, de acordo com Koltermann *et al.*¹⁴.

Os resultados apontaram altos índices de presença de placa visível e sangramento gengival, sendo ambos encontrados em mais da metade da amostra (75% e 60% respectivamente). Esses resultados reiteram os achados de Abegg¹⁰ em uma amostra populacional adulta do município de Porto Alegre, os quais revelaram que aproximadamente 50% das pessoas de categoria socioeconômica baixa apresentaram nível de placa bacteriana alto (escore entre 2 e 3) por contraste a apenas 23% das pessoas de categoria socioeconômica alta. Considerando que a população em estudo foi composta majoritariamente por indivíduos de baixa renda, justifica-se a alta prevalência desses índices periodontais.

Realmente foi possível perceber a necessidade de uma adaptação nas políticas públicas de saúde do município de Viamão, RS, as quais deixaram muito a desejar no suporte aos usuários da ESF da UBS Augusta Meneguine, com aparente descaso e sem nenhuma política. Exemplificando, a população infantil (≤ 12 anos) apresentou 68,2% de dentes cariados e apenas 14,2% de dentes restaurados, significando que o tratamento odontológico para crianças praticamente inexistia. O próprio levantamento epidemiológico¹³ demonstrou que crianças com 5 anos de idade tiveram 88% de seus dentes cariados e 80% destes dentes não foram tratados. Na literatura, encontramos resultados coincidentes. Segundo Bertoldi e Barros¹⁵, 77% de crianças de 0 a 6 anos analisadas em seu estudo nunca haviam ido ao dentista. Das 23% das

crianças que consultaram o dentista, as ricas consultaram cinco vezes mais do que as pobres, no ano anterior à entrevista. Este resultado demonstrou que ainda há uma barreira no acesso ao atendimento odontológico nessa faixa etária para as classes sociais mais baixas.

Figueiredo *et al.*¹⁶ em 2013, após a aplicação de questionários sobre violência e de indicadores socioeconômicos com os moradores da Vila Augusta, demonstraram que esta população, sem adequadas políticas públicas de saúde, teria poucas oportunidades para superar sua condição econômica e social de desvantagem e, ainda afirmaram que, à medida que a pobreza aumenta em um determinado local, ali crescerão a criminalidade, a mortalidade infantil, o abuso de drogas, o alcoolismo, e doenças de forma geral.

Realmente, apesar da progressiva democratização do acesso à saúde para a população e os crescentes programas de combate à miséria, as condições de pobreza extrema prevalecem nos centros urbanos e, conforme afirmado anteriormente, contribuem substancialmente para a prevalência de doenças em geral. Fica um indicativo de que é necessário adaptar as políticas públicas de saúde às características de cada região, se for um município de pequeno porte, como seria o caso em questão.

Por outro lado, é importante ressaltar que a formação do profissional de saúde esteja mais adaptada para atender a realidade vivida por populações como a da Vila Augusta, através das reformas curriculares que contemplam os princípios do SUS, cuidado humanizado, integral e descentralizado à população. O SUS¹⁷ enfatiza que produzir saúde implica na organização de processos de trabalho que operem em diferentes planos de cuidado, os quais coexistem num mesmo território de saúde, grupo e/ou sujeito; sem perder de vista o imperativo da integralidade para uma ação sanitária efetiva. Assim, produzir saúde numa perspectiva de construção de qualidade de vida e emancipação dos sujeitos implica em rever os modos de organização dos serviços de atenção à saúde e a articulação com outros serviços e políticas sociais, de forma a interferir nos determinantes sociais, nas condições de vida e nos comportamentos e modos de vida dos indivíduos e coletivos, propiciando saúde e bem-estar.

Deste modo, as ações de promoção da saúde no âmbito da atenção básica devem estar voltadas para os indivíduos e suas famílias, para os grupos vulneráveis que vivem no território de abrangência da ESF e para o ambiente físico e social do território¹⁸. As avaliações interdisciplinares em saúde, realizadas durante todo o desenvolvimento deste trabalho, para promover saúde através do atendimento a uma população desassistida, foram adotadas pelos pesquisadores no território da ESF Augusta Meneguine, de forma que houvesse uma contribuição para aquela sociedade e, concomitantemente, fortalecesse a equipe de trabalho da referida ESF.

Finalizando, este estudo, em seus resultados, demonstrou que um processo de construção de uma comunidade saudável

inicia-se pela mobilização de pessoas buscando o bem comum. Em se tratando de saúde bucal, apesar dos resultados alarmantes deste levantamento epidemiológico, que demonstraram alto índice de lesões cáries, placa visível e sangramento gengival nesta população, vê-se que este resultado enfatiza a importância da reorientação das concepções e práticas no campo de atenção à saúde, implicando em responsabilização do serviço e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários deste sistema, a resposta possível aos seus problemas de tal forma que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário da ESF Augusta Meneguini.

4 Conclusão

A amostragem por conveniência realizada neste estudo pode gerar potenciais vieses de seleção, pois não há como saber se todas as pessoas incluídas na amostra são representativas da população, impedindo uma declaração conclusiva sobre os resultados obtidos. Mesmo assim, os resultados deste estudo poderão nortear a implementação de ações em saúde bucal no município de Viamão, RS, Brasil, contribuindo para o planejamento e a alocação de recursos em políticas públicas de saúde.

Agradecimento

Agradecemos Dilene Dumke e Virginia Espina, cirurgiãs dentistas da Secretaria Municipal de Saúde do município de Viamão, pelo apoio e informações cedidas; e ao Edital PROEXT, SESU/MEC, pelo financiamento da pesquisa.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1997.
2. Lourenço EC, Silva Baladelli AC, Meneguini MC, Pereira AC. A inserção das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(1):1367-77.
3. Baldani MH, Vasconcelos GA, Antunes Ferreira LJ. Associação do índice CPO-D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004;20(1):143-52.
4. Lucas SD, Portela MC, Mendonça LL. Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005;21(1):55-63.
5. Amaral MA, Nakama L, Conrado CA, Matsuo T. Dental caries in young male adults: prevalence, severity and associated factors. *Oral Res* 2005;19(4):249-55.
6. Figueiredo MC, Silva KV, Faneze JL, Emanuele GL. Saúde bucal de moradores de um bairro pobre de Xangri-Lá, RS, Brasil. *ConScientia Saúde* 2011;10(2):292-8.
7. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico, análise preliminar da distribuição e diferenciais de rendimento. 2011. [acesso em 10 nov. 2012]. Disponível em www.ibge.org.

8. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev Saúde Pública* 2005;3(4):530-40.
9. Tomita NE, Nadanovsky P, Vieira LA, Lopes ES. Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. *Rev Saúde Pública* 1999;3(6):542-6.
10. Abegg C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. *Rev Saúde Pública* 1997;31(6):586-93.
11. Moreira SR, Nico SL, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(1):275-84.
12. Vargas DM, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(4):1015-24.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa SB Brasil 2010. Resultados principais. 2011. [acesso em 5 dez 2013]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/index.html>
14. Koltermann AP, Giordani JM, Pattuffi MP. A associação entre aspectos individuais e contextuais na dentição funcional de adultos do Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo multinível. *Cad Saúde Pública* 2011;27(1):173-82.
15. Barros JA, Bertoldi DA. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7(4):709-17.
16. Figueiredo MC, Kothe V, Cesar MO, Silva KVCL. Conceitos sobre violência e dados socioeconômicos de pessoas em situação de pobreza extrema residentes em um município no sul do Brasil. *RFO Passo Fundo* 2013;18(1):67-74.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 2.135 de 25/09/2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. [acesso em 5 dez 2013]. Disponível em <http://www.renastonline.org/blog/olgarios/portaria-sobre-diretrizes-planejamento-sus>
18. Figueiredo MC, Barbará LS, Missel MH, Santos MM, Vacca V. Relación entre enfermedades crónicas y salud-enfermedad bucal en adultos brasileiros de bajo nivel socioeconómico. *Odontostomatol* 2013;15(21):13-20.