

RAFAEL SOUZA LIMA

**CORRELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E AS
SOCIOECONÔMICAS E GRAU DE ESCOLARIDADE DE PACIENTES DO PSF VILA
FORMOSA DE TAIÓBEIRAS - MG.**

ARAÇUAI / MINAS GERAIS

2012

RAFAEL SOUZA LIMA

**CORRELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E AS
SOCIOECONÔMICAS E GRAU DE ESCOLARIDADE DE PACIENTES DO PSF VILA
FORMOSA DE TAIÓBEIRAS - MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Leniana Santos Neves

ARAÇUAÍ / MINAS GERAIS

2012

RAFAEL SOUZA LIMA

**CORRELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E AS
SOCIOECONÔMICAS E GRAU DE ESCOLARIDADE DE PACIENTES DO PSF VILA
FORMOSA DE TAIÓBEIRAS - MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família da
Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado
de Especialista.

Orientadora: Leniana Santos Neves

Banca Examinadora

Profa. Leniana Santos Neves - Orientadora
Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte 28 / 04 / 2012

DEDICATÓRIA

À Deus que é meu Senhor e criador.

À equipe do Vila Formosa que me acolheu e sempre me incentivou.

À minha família e Lisandra pelo apoio e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minhas tutoras Leniana e Maria Neide pela ajuda e pelo apoio nesse trabalho, a minha família por sempre estar ao meu lado, e à Deus minha razão de existir.

RESUMO

As diferenças no acesso aos serviços odontológicos e diferentes níveis socioeconômicos repercutem sobre a experiência de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é avaliar se há uma correlação entre a condição de saúde bucal dos pacientes da Unidade de Saúde de Vila Formosa e a condição socioeconômica e o grau de escolaridade dos mesmos. A condição de saúde bucal foi verificada por meio do índice de dentes cariados perdidos e obturados (CPOD) e os dados relativos às condições socioeconômicas e grau de escolaridade foram obtidos das fichas odontológicas desses pacientes. Para a realização do estudo foram selecionadas 138 fichas clínicas odontológicas de primeira consulta programática e 138 Fichas A. Quando avaliados os dados referentes à renda e escolaridade e posteriormente correlacionados com o índice de dentes cariados, perdidos e obturados, pode-se perceber que aqueles indivíduos que possuíam uma menor renda e menor escolaridade apresentavam maior número de dentes cariados e perdidos e os que possuíam maior escolaridade e maior renda apresentavam uma maior quantidade de dentes obturados. Desta forma, observou-se um elevado índice CPOD nos indivíduos assistidos pela Unidade de Saúde de Vila Formosa, e, conseqüentemente, uma grande experiência à doença cárie por esta população. Assim, devem ser adotadas melhores condições de acesso e de educação em saúde para melhorar os índices de saúde bucal da comunidade. De acordo com esse estudo verificou-se uma influência da condição socioeconômica e do grau de escolaridade na condição de saúde bucal na amostra estudada, além de revelar um maior acesso da população de maior renda e maior escolaridade aos atendimentos odontológicos restauradores. A concentração da doença e necessidade de tratamento em determinados grupos populacionais reitera a importância de identificar e distribuir as ações de educação e saúde na população.

Palavras-chave: Fatores Socioeconômicos, Saúde Bucal, Índice CPOD.

ABSTRACT

The differences in access to dental services and different socioeconomic levels have implications on the experience of permanent teeth decayed, missing and restored, and aim of this work is to evaluate the correlation between the oral health conditions of patients of the Health Unit of Vila Formosa with the socioeconomic condition and the degree of scholary of them. Assessment of the oral health condition was checked by means of the index of decayed, lost and obturated teeth and their socioeconomic conditions and scholary degree were observed from dental data of individuals. For the completion of the study were selected from 138 dental clinics of first consultation programmatic records and 138 Files A. When the values of income and education were correlated with the index of decayed, missing and filled teeth, it can be noticed that those who had a lower income, lower educational level had a greater number of decayed teeth and lost and those who had higher educational level and higher income had a greater quantity of teeth filled, demonstrating a high rate in the studied sample. Therefore, the population had a great experience of tooth decay and must be adopted best conditions of access and education in health for better rates of oral health of the community. The concentration of the disease in certain population groups reiterates the importance of identifying and distributing education and health needs for population.

Keywords: Socioeconomic Factors, Oral Health, DMF Index.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Critérios de distribuição dos grupos em relação à renda familiar total.	18
Quadro 2	Critérios de distribuição dos grupos em relação ao grau de escolaridade dos indivíduos.	19
Quadro 3	Distribuição dos indivíduos de acordo com o Grau de Escolaridade.	19
Quadro 4	Distribuição dos indivíduos de acordo com a Distribuição de Renda (nível socioeconômico).	19
Quadro 5	Distribuição dos indivíduos (n) de acordo com a Distribuição de Renda (nível socioeconômico) associada ao Grau de Escolaridade dos mesmos.	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Valor do CPOD total e dos seus componentes em relação a cada grupo dividido de acordo com a renda familiar total	21
Tabela 2	Valor do CPOD total e dos seus componentes em relação a cada grupo dividido de acordo com o grau de escolaridade dos indivíduos avaliados	23

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CPOD	Índice de dentes cariados perdidos e obturados.
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde.
PSF	Programa de Saúde da Família.
SUS	Sistema Único de Saúde.
OMS	Organização Mundial de Saúde.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
2. Justificativa.....	13
3. Objetivos.....	14
4. Revisão de Literatura	15
5. Método.....	18
6. Resultados e Discussão.....	21
7. Considerações Finais.....	27
Referências.....	28

1. INTRODUÇÃO

A comunidade odontológica tem presenciado nas últimas décadas mudanças importantes que proporcionaram a transição de uma prática clínica centrada em procedimentos mecânicos para uma mais abrangente, sustentada por evidências científicas e capazes de reconhecer o papel relevante dos condicionantes psicossociais da população (SILVEIRA; BRUM; SILVA, 2002).

No passado, a prática da Odontologia em saúde pública se pautava apenas na doença, apresentando assim alto custo, baixa resolutividade, além de recair num ciclo cirúrgico-restaurador repetitivo, ciclo esse que muitas vezes culminava na extração do dente, tornando o Cirurgião-dentista apenas um espectador impotente (SILVEIRA; BRUM; SILVA, 2002).

Com a mudança do modelo assistencial da saúde vigente, passou a ocorrer uma mudança nos perfis epidemiológicos da população elevando os níveis de saúde bucal, pela prevenção e controle das doenças cárie e periodontal. A filosofia do modelo de Promoção da Saúde trabalha com a integralidade do paciente no momento em que ele deixa de ser visto apenas como uma boca com dentes, relacionando a saúde com a qualidade de vida e integra a educação em saúde à prevenção e à recuperação ((SILVEIRA; BRUM; SILVA, 2002); PALMEIR *et al.*, 2009).

As ações voltadas para o cuidado integral com a saúde bucal são de extrema relevância no âmbito das políticas públicas de saúde. Assim, a integralidade torna-se comprometida com a busca de satisfação para um amplo conjunto de necessidades de saúde (GALINDO *et al.*, 2005).

Segundo o projeto técnico-assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade será alcançada quando cada serviço cumprir o seu papel em uma rede organizada em níveis crescentes de complexidade, garantindo o acesso e a execução das ações de saúde bucal de acordo com a distribuição heterogênea das necessidades da população (SILVEIRA; BRUM; SILVA, 2002; BRASIL, 2003, 2004; GALINDO *et al.*, 2005).

As diferentes situações sociais propiciam o surgimento de maneiras diversas de pensar, sentir e agir em relação às necessidades de saúde, com as ações concretas se baseando na racionalidade prática que surge da interação entre as experiências prévias, os significados, as motivações e as contingências do dia-a-dia (SILVEIRA; BRUM; SILVA, 2002).

As diferenças no acesso aos serviços odontológicos repercutem sobre a composição do índice que manifesta a experiência acumulada de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados (CPOD): nos estratos mais desfavorecidos predominam os componentes relativos à necessidade de tratamento; já nos estratos com nível de renda

mais alto prepondera o tratamento executado. A associação entre as condições socioeconômicas especificamente a renda familiar e o grau de instrução dos membros da família e a prevalência da cárie tem sido observada em numerosos estudos (TOMITA, 1996; SILVEIRA; BRUM; SILVA, 2002; SANTOS *et al.*, 2004).

O interesse sobre a influência das questões sociais e econômicas no processo saúde-doença não é novo. Segundo VALLIN (1977), alguns autores como Boisguilbert e Deparcieux, no século XVIII, já sugeriam a existência de alta mortalidade entre pessoas de menor renda. Segundo GOLDBERG (1994), os trabalhos de Villermé (1824) pesquisando sobre os problemas de saúde dos operários têxteis do norte e do leste da França, são apontados como aqueles que abriram o caminho para a investigação social no campo da saúde (VALLIN, 1977 *apud* FERREIRA, 1999; GOLDBERG, 1994 *apud* FERREIRA, 1999). A evidente desigualdade na sociedade brasileira das condições de saúde e acesso aos serviços pode ser entendida como um reflexo de fatores relacionados às condições socioeconômicas e padrões culturais dos indivíduos e não podem ser inteiramente explicados por cuidados médicos, fatores genéticos ou pelo comportamento dos indivíduos (CYPRIANO *et al.*, 2004).

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar se há correlação entre as condições de saúde bucal dos pacientes da Unidade de Saúde de Vila Formosa, no município de Taiobeiras, Minas Gerais com a condição socioeconômica e o grau de escolaridade dos mesmos.

2. JUSTIFICATIVA

Esse trabalho visa avaliar a correlação entre a condição bucal dos pacientes da Unidade de Saúde de Vila Formosa e as condições socioeconômicas e o grau de escolaridade destes, a fim de buscar a identificação de fatores que possam influenciar diretamente as suas condições de saúde bucal. Especula-se que indivíduos que possuam menor renda e escolaridade, apresentem também pior condição de saúde bucal. Caso essa especulação seja confirmada com o estudo proposto, os resultados justificariam a reivindicação de uma maior atenção voltada para a educação em saúde, do desenvolvimento de projetos de educação e alfabetização de adultos, além de sugerir alternativas como a formação de cooperativas para geração de renda e empregos, o que poderia também melhorar a qualidade de vida da população da região em questão.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar se há correlação entre as condições de saúde bucal dos pacientes da Unidade de Saúde de Vila Formosa com a condição socioeconômica e o grau de escolaridade dos mesmos.

4.2 Objetivos específicos

- Avaliar a correlação da condição de saúde bucal (verificada por meio do índice de dentes cariados perdidos e obturados - CPOD) com a condição socioeconômica dos pacientes da Unidade de Saúde de Vila Formosa.
- Avaliar a correlação entre o índice de dentes cariados perdidos e obturados (CPOD) e o grau de escolaridade dos pacientes da Unidade de Saúde de Vila Formosa.
- Sugerir possíveis ações de educação em saúde.

3. REVISÃO DA LITERATURA

O Programa Saúde da Família (PSF) foi desenvolvido como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde na atenção básica. A saúde bucal foi acertadamente integrada a esse processo, e a sua incorporação ao PSF buscou se diferenciar dos modelos assistenciais em saúde bucal excludentes, baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Assim, o PSF não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário (SOUZA; RONCALLI, 2007).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde, de 2001, (NOAS/SUS 01/2001), quando define as responsabilidades dos municípios com a atenção básica, inclui as ações de saúde bucal no elenco mínimo a ser desenvolvido e, nesse primeiro momento, elege como prioritários a prevenção e o tratamento dos problemas odontológicos na população de 0 a 14 anos e gestantes, embora o PSF tenha a pretensão de garantir acesso progressivo a todas as famílias residentes nas áreas cobertas. As atividades preconizadas para serem realizadas junto à população infantil, tais como a escovação supervisionada e evidenciação de placa bacteriana, os bochechos com soluções fluoretadas, a educação em saúde bucal, a consulta e outros procedimentos odontológicos, estão direcionadas fundamentalmente para a prevenção e a recuperação da doença cárie (BRASIL, 2003, 2004; GALINDO *et al.*, 2005). Além disto, sugeriu-se a realização de levantamentos epidemiológicos seqüenciais, em intervalos de tempo determinados, o cadastramento de usuários, a orientação quanto à alimentação e a análise de sistemas de informação (BRASIL, 2000, 2002; SANTOS *et al.*, 2004).

Além das diretrizes governamentais, o auto-cuidado faz parte integrante da atenção à saúde e depende também das condições de vulnerabilidade que cercam as pessoas. Muitas doenças da cavidade bucal poderiam ser evitadas pelo emprego adequado de medidas preventivas, mas pouco se conhece sobre os fatores que condicionam os indivíduos a assumirem ou não um comportamento preventivo (SANTOS *et al.*, 2004).

A cárie representa a doença bucal mais comum no Brasil e permanece como importante problema de saúde pública, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Apesar dos últimos inquéritos epidemiológicos realizados no País demonstrarem seu declínio, essa redução não esta acontecendo de forma homogenia se caracterizado pela concentração da doença em grupos populacionais mais submetidos à privação social (ZANIN, 2008).

A cárie dentária tem sido descrita tradicionalmente como uma doença multifatorial que envolve a interação de fatores do hospedeiro (dentes, película adquirida, saliva), dieta e microbiota, modulados por um quarto fator: o tempo. É um processo dinâmico, o qual, em

estágios iniciais, é reversível e até mesmo em seus estágios mais avançados, pode ser paralisado, devido às suas implicações e dos esforços na adoção de medida e programas que utilizem meios clínicos para a prevenção e preservação da saúde bucal dos indivíduos, essa pode ser apenas explicada por um conjunto de fatores associados, incluindo os serviços de saúde. No Brasil, 20% da população de escolares concentram cerca de 60% da carga da doença. Esse quadro pode estar expressando o fenômeno iniquidade. O ataque desigual da doença entre os indivíduos decorre não apenas de variações biológicas inevitáveis, mas também das diferenças que tem origem na ordem social onde estão inseridos (LAGRECA, 2007; ZANIN, 2008).

Nos estudos epidemiológicos, o indicador mais utilizado para medir a gravidade e/ou da doença, pela facilidade de sua obtenção e riqueza de dados que fornece ao sanitarista, continua ser o CPO-D (numero de dentes cariado, perdidos e obturados na dentição permanente. O CPO-D corresponde à média do total de dentes permanentes perdidos cariados (C), perdidos (P), e obturados (O) em um grupo de indivíduos (ZANIN, 2008).

A necessidade de transformação dos hábitos que permeiam a operacionalização das ações de controle da doença cárie e das suas conseqüências negativas, tais como as perdas dentárias precoces, torna essencial valorizar a concepção, avaliação e manejo da doença pelos grupos aos quais as ações se dirigem, além da avaliação das condições econômicas e organizacionais de acesso a serviços odontológicos (SILVEIRA; BRUM; SILVA, 2002).

Diversos estudos científicos verificaram uma associação entre a experiência de cárie dentária e condições relacionadas ao nível socioeconômico, ou seja, as condições de saúde bucal são piores nos grupos sociais menos favorecidos economicamente. Entretanto, este padrão não é universal, pois alguns estudos desenvolvidos em países em desenvolvimento na África demonstraram que as crianças que pertenciam a classes sociais mais altas apresentavam mais lesões de cárie que crianças pertencentes a classes sociais mais baixas, sendo invertida esta relação em países desenvolvidos (CYPRIANO *et al.*, 2004).

Considerando o atual contexto epidemiológico da prevalência da cárie dentária no Brasil, onde se observa uma importante redução na média de dentes afetados pelas conseqüências da doença cárie em jovens populações e um aumento na proporção de crianças sem experiência de cárie torna-se fundamental a investigação dos fatores socioeconômicos e comportamentais associados (CYPRIANO *et al.*, 2004).

Crianças oriundas de famílias vivendo em extrema pobreza apresentaram maior taxa de mortalidade infantil, menor peso no nascimento, maior número de internações hospitalares e maiores índices de desnutrição, além de pertencerem a famílias mais numerosas. A identificação dos grupos mais vulneráveis, pode-se direcionar as ações de saúde mais produtivamente. Segundo Venugopal *et al.*(1998) citado por Santos *et al.* (2004),

examinando a prevalência de cárie em crianças na idade de 1 a 14 anos, verificaram que 35,6% apresentavam cárie dentária. Os resultados demonstraram que a renda dos pais não teve influência na prevalência de cárie, porém a educação, particularmente das mães, demonstrou influenciar na prevalência. DOCKHORN (2000), por meio de um estudo transversal, avaliou comparativamente grupos de mães de mesma faixa etária, residentes na Vila Nossa Senhora de Fátima, em Porto Alegre, RS; tal população era adstrita a uma mesma Unidade Básica de Saúde. Este estudo utilizou-se da variável escolaridade das mães, relacionando com as condições socioeconômicas, cuidados de higiene, busca e experiência de cárie dentária. Com esse estudo, concluiu-se que houve diferença significativa estatisticamente para as rendas familiares ($p=0,02$) entre os dois grupos de mães (VENUGOPAL *et al.*, 1998 *apud* SANTOS *et. al.*, 2004).

Aspectos socioeconômicos e culturais na determinação de experiência de cárie dentária e na adoção de padrões de comportamento favoráveis à saúde bucal, concluíram que, quanto mais desfavorável for a situação socioeconômica, maior será o número de dentes afetados pela cárie, assim como a sua gravidade. A pobreza se reflete na falta de informações sobre os auto-cuidados necessários à promoção e manutenção da saúde bucal e também faz com que o acesso ao tratamento odontológico se torne mais difícil (LAGRECA, 2007; ZENIN, 2008).

Estudo em municípios do estado de Minas de Gerais, Brasil, foi realizado para identificar fatores associados à variação no CPOD médio, na ocorrência de CPOD menor ou igual a três, entre crianças de doze anos, e no percentual de livres de cárie aos cinco anos. Indicadores socioeconômicos e da oferta/utilização de serviços odontológicos foram empregadas como variáveis explicativas. As variáveis dependentes mostraram-se associadas ao nível socioeconômico, não se identificando associações com variáveis relativas à atenção odontológica (LUCAS; PORTELA; MENDONÇA, 2005).

5. MÉTODO

Para a realização do presente estudo foram selecionadas 138 fichas clínicas odontológicas de primeira consulta programática dotadas dos campos escolaridade e odontograma inicial devidamente preenchidos e 138 Fichas A dotadas do campo renda declarada preenchido. Destas, 103 foram utilizadas durante a coleta de dados, pois em algumas das Fichas A os indivíduos não pertenciam mais ao núcleo familiar em questão.

A renda familiar total declarada foi coletada das Fichas A e os dados como o grau de instrução (escolaridade) e o índice de dentes cariados perdidos e obturados (CPOD) foram coletados nas fichas clínicas odontológicas de primeira consulta programática. Durante a coleta de dados foi possível também avaliar o acesso de todas as micro-áreas ao tratamento odontológico. A coleta de dados foi realizada no ano de 2010, utilizando as fichas dos pacientes atendidos entre os anos de 2009 e 2010.

Para a avaliação e tabulação dos dados, foram utilizados o salário mínimo vigente de R\$510,00 (quintos e dez reais) como referência, sendo os grupos divididos da seguinte maneira (Quadro 1): GRUPO A: pessoas cuja família não possuía renda fixa (recebem doações da comunidade); GRUPO B: pessoas cuja família recebia menos de meio salário mínimo (R\$250,00); GRUPO C: pessoas cuja família possuía renda familiar superior a meio salário mínimo (R\$251,00) e menor que um salário mínimo (R\$509,00); GRUPO D: aqueles indivíduos os quais suas famílias apresentavam renda declarada de 1 salário mínimo (R\$510,00); GRUPO E: composto por indivíduos cuja renda familiar total era de mais de 1 salário mínimo (R\$511,00) e menos que 2 salários mínimos (R\$1019,00); e GRUPO F: indivíduos cuja família apresentava renda igual ou superior a 2 salários mínimos (R\$1020,00).

Quadro 1 – Critérios de distribuição dos grupos em relação à renda familiar total

GRUPO	A	B	C	D	E	F
RENDA FAMILIAR	Sem renda fixa (doações)	Menor que meio salário mínimo (R\$250,00)	Maior que meio salário mínimo (R\$251,00) e menor que um salário mínimo (R\$509,00)	Um salário mínimo (R\$510,00)	Maior que um salário mínimo (R\$511,00) e menor que dois salários mínimos (R\$1019,00)	Igual ou superior a dois salários mínimos (R\$1020,00)

Quanto ao grau de escolaridade, os indivíduos foram considerados (Quadro 2): GRUPO I: analfabeto; GRUPO II: alfabetizado (lê e escreve); GRUPO III: fundamental incompleto; GRUPO IV: fundamental completo; GRUPO V: médio incompleto; GRUPO VI: médio completo; GRUPO VII: superior incompleto e GRUPO VIII: superior completo.

Quadro 2 – Critérios de distribuição dos grupos em relação ao grau de escolaridade dos indivíduos

GRUPO	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
GRAU DE ESCOLARIDADE	Analfabeto	Alfabetizado	Fundamental incompleto	Fundamental completo	Médio incompleto	Médio completo	Superior incompleto	Superior completo

O número de indivíduos (n) classificados em cada grupo de acordo com o Grau de Escolaridade pode ser observado no Quadro 3. O Quadro 4 revela o número de indivíduos relacionados em cada grupo, de acordo com a distribuição de renda (nível socioeconômicos). Já o Quadro 5 mostra a distribuição dos indivíduos avaliados relacionando os dois indicadores utilizados neste estudo, quais são: grau de escolaridade e nível socioeconômico.

Quadro 3 – Distribuição dos indivíduos de acordo com o Grau de Escolaridade

GRUPO	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
GRAU DE ESCOLARIDADE	Analfabeto	Alfabetizado	Fundamental incompleto	Fundamental completo	Médio incompleto	Médio completo	Superior incompleto	Superior completo
NÚMERO DE INDIVÍDUOS (n)	0	1	42	05	22	28	01	04

Quadro 4 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a Distribuição de Renda (nível socioeconômico)

GRUPO	A	B	C	D	E	F
Renda	Sem renda (doações)	Menor que $\frac{1}{2}$ salário	Menor que 1 salário mais que $\frac{1}{2}$	1 salário	1 salário menor que 2 salários	Maior que 2 salários
NÚMERO DE INDIVÍDUOS (n)	3	8	23	22	32	15

Quadro 5 - Distribuição dos indivíduos (n) de acordo com a Distribuição de Renda (nível socioeconômico) associada ao Grau de Escolaridade dos mesmos

GRAU DE ESCOLARIDADE DISTRIBUIÇÃO DE RENDA	I Analfabeto	II Alfabetizado	III Fundamental incompleto	IV Fundamental completo	V Médio incompleto	VI Médio completo	VII Superior incompleto	VIII Superior completo
A Sem renda fixa (doações)	0	0	1	0	1	0	0	0
B Menor que ½ salário	0	0	1	1	3	0	0	0
C Mais que ½ e menor que 1 salário	0	0	6	2	7	7	0	1
D 1 salário mínimo	0	0	14	0	3	4	0	0
E Mais que 1 menos que 2 salários mínimos	0	0	16	3	7	7	0	1
F Mais que 2 salários mínimos	0	1	1	0	2	9	1	2

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que diz respeito à renda, o GRUPO A (sem renda fixa, recebem doações) apresentou o CPOD total de 18,9, sendo o componente cariado 4,6; o componente perdido 10 e o obturado 4,3. O GRUPO B apresentou um CPOD total de 13,1, sendo o componente cariado com o valor 4, o componente perdido 5,3 e o obturado 3,8. O GRUPO C apresentou CPOD total de 14,5, sendo o componente cariado 4,6; o perdido 4,5 e o obturado 5,4. O GRUPO D apresentou CPOD de 17,5, sendo o componente cariado 4,3; o perdido 7,7 e o obturado 5,5. O núcleo familiar referente ao GRUPO E apresentou um CPOD total de 14,4, sendo o componente cariado com o valor de 4, o perdido 3,6 e o obturado de 6,8. E aqueles que possuem provento mensal superior a 2 salários mínimos (GRUPO F) obtiveram o CPOD no valor de 15,9 sendo que os dentes cariados atingiram 2,4; os perdidos 3,9 e os obturados 9,6 (Tabela 1).

TABELA 1 - Valor do CPOD total e dos seus componentes em relação a cada grupo dividido de acordo com a renda familiar total

GRUPO RELATIVO À RENDA	CPOD TOTAL	Cariados	Perdidos	Obturados
A	18,9	4,6	10	4,3
B	13,1	4	5,3	3,8
C	14,5	4,6	4,5	5,4
D	17,5	4,3	7,7	5,5
E	14,4	4	3,6	6,8
F	15,9	2,4	3,9	9,6
Média	15,72	3,98	5,83	5,90

Durante a análise dos dados coletados nesta pesquisa, pode-se observar que o CPOD representando a área de abrangência da unidade de saúde da família (PSF) de Vila Formosa atingiu o valor médio de 15,72, sendo o número médio de dentes cariados foi de 3,98; dentes perdidos 5,83 e dentes obturados 5,90.

Quando apenas a variável renda é correlacionada com o CPOD, o GRUPO A (sem renda fixa, ou vivem de doações) obteve a maior média (18,9), e o menor valor do CPOD obtido foi no GRUPO B, com o índice médio de 13,1 dentes cariados, perdidos ou obturados por indivíduo. Valores absolutos similares foram encontrados dentre as demais categorias, mas quando analisado os componentes em separado, observa-se que o número de dentes

cariados se mostrou menor no GRUPO 7 (renda familiar igual ou superior a dois salários mínimos) (cariados = 2,4), sendo que nas demais categorias este número se manteve próximo de 4 dentes cariados por indivíduo. No tocante aos dentes **perdidos**, o GRUPO E apresentou o menor valor (média de 3,6), enquanto o maior valor foi encontrado no GRUPO A (aqueles que não possuem renda fixa), com o índice médio de 10 dentes perdidos por indivíduo. O componente representado pelos dentes **obturados** obteve maior representação no GRUPO F, com índice médio de 9,6, e o menor número no GRUPO B (3,8 dentes obturados por indivíduo). Assim, pode-se observar que os indivíduos que possuem maior renda obtiveram um menor número de dentes cariados e perdidos e uma maior quantidade de dentes obturados concordando com Galindo *et al.*(2005) que diz pessoas cujas renda familiar total é igual ou maior do que cinco salários mínimos apresentaram CPOD significativamente menor, em comparação com aquelas com renda menor do que um salário mínimo.

Isto ocorreu provavelmente devido ao maior acesso desses indivíduos tanto à rede particular como à rede pública de atenção a saúde bucal, podendo arcar com tratamentos mais complexos e dispendiosos que não são ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, o número de dentes perdidos tende a aumentar quando a renda diminui, uma vez que quando o tratamento se torna mais complexo, e conseqüentemente mais caro, e muitas vezes não é ofertado pelo SUS, um tratamento mais radical, mutilador (extração do dente afetado) acaba sendo o recurso acessível e disponível para os grupos de menor renda familiar.

Quando descritos os dados relacionados apenas ao grau de escolaridade em relação ao índice CPOD, encontrou-se que nenhuma das fichas analisadas apresentava o grau de escolaridade analfabeto (GRUPO I). No GRUPO II (alfabetizado), o CPOD encontrado foi de 28, sendo representado apenas pelo componente: dentes perdidos. No GRUPO III (ensino fundamental incompleto) o CPOD atingiu o valor médio de 16,5 dentes por indivíduo, sendo o componente cariado = 4, o perdido = 7,1 e o obturado = 5,4. Já no GRUPO IV (ensino fundamental completo), o CPOD total médio foi de 20 dentes afetados pela doença cárie por indivíduo, sendo que a quantidade de dentes cariados atingiu 1,8; o de perdidos 7,2 e o de dentes obturados atingiu 11. O GRUPO V (ensino médio incompleto) apresentou o CPOD médio de 11,1 dentes por indivíduo, sendo que os dentes cariados corresponderam em média a 4,8; os perdidos 1,5 e os obturados 4,8. As fichas analisada do GRUPO VI (ensino médio completo) apresentaram CPOD médio de 15,2 dentes acometidos por indivíduo, sendo que o componente cariado apresentou o valor de 4,3; o perdido 3,1 e o obturado 7,8. O GRUPO VII (ensino superior incompleto) apresentaram o CPOD médio de 5 dentes afetados por indivíduo, sendo o componente cariado = 4 e o obturado = 1, não apresentando dentes perdidos. As fichas analisadas do GRUPO VIII (ensino superior completo)

apresentou o CPOD médio de 24 dentes por indivíduo, sendo o componente cariado = 1,5; o perdido = 4 e o obturado = 18,5 (Tabela 2).

TABELA 2 - Valor do CPOD total e dos seus componentes em relação a cada grupo dividido de acordo com o grau de escolaridade dos indivíduos avaliados

GRUPO RELATIVO AO GRAU DE ESCOLARIDADE	CPOD TOTAL	Cariados	Perdidos	Obturados
I	*****	*****	*****	*****
II	30	0	30	0
III	16,5	4	7,1	5,4
IV	20	1,8	7,2	11
V	11,1	4,8	1,5	4,8
VI	15,2	4,3	3,1	7,8
VII	5	4	0	1
VIII	24	1,5	4	18,5
Média	17,4	2,91	7,56	6,93

Analisando os dados coletados referentes ao grau de escolaridade em relação ao índice CPOD, os maiores valores foram encontrados nos GRUPO II (alfabetizado), com valor médio de 28 dentes acometidos por indivíduo, e GRUPO VIII (nível superior completo), no valor de 24 dentes afetados por indivíduo. Porém, quando somados os números médios de dentes perdidos e cariados, que refletem a necessidade de tratamento ou a experiência prévia de um tratamento mais radical (exodontia), talvez por um maior comprometimento do dente pela lesão cariada, nos níveis de escolaridade inferiores ao ensino médio completo (com exceção do ensino médio incompleto, mas que se aproximou da média em questão), esses índices foram superiores a sete dentes por indivíduo, enquanto que os indivíduos que possuíam nível de ensino superior completo apresentaram média elevada de dentes obturados, com o índice de 18,5 dentes por indivíduo.

Quando analisados os dados referentes à renda, escolaridade e CPOD foram obtidos os seguintes resultados:

- ✓ para o nível de ensino alfabetizado, foi analisada a ficha de apenas um indivíduo, sendo que este apresentava uma renda superior a dois salários mínimos, e valor de CPOD de 28, sendo representado apenas pelo componente extraído;
- ✓ a ficha analisada onde a escolaridade era o ensino fundamental incompleto e sem renda fixa (doações), o CPOD encontrado foi de 28, sendo o componente cariado atingindo o valor de 3, o perdido 23 e o obturado 2;

- ✓ para os indivíduos que possuíam ensino fundamental incompleto e renda familiar inferior a meio salário mínimo, o CPOD atingiu o valor de 24, sendo que os dentes cariados representavam 12, os dentes perdidos atingiram o valor de 10 e os obturados 2;
- ✓ dentre os dados analisados dos indivíduos que possuíam ensino fundamental incompleto e renda superior a meio e um salário mínimo, observou-se CPOD = 18,1, sendo que os dentes cariados atingiram o valor 5,3, os perdidos atingiram 5,8 e os obturados 7;
- ✓ nas fichas analisadas, o grupo que possuía ensino fundamental incompleto e que apresentava renda familiar de um salário mínimo, o CPOD médio encontrado foi de 15,5, sendo o número médio de dentes acometidos por carie = 3,7, os perdidos = 6,8 e os obturados = 5;
- ✓ os que possuíam ensino fundamental incompleto com renda superior a um e inferior a dois salários mínimos e aqueles que possuem uma renda superior a dois salários atingiram respectivamente o CPOD de 13 e 11, sendo que o componenteariado atingiu 4,1 e 5; o componente perdido 4,1 e 0; e os dentes obturados atingiram, em média, 4,8 e 6 respectivamente;
- ✓ quando coletados os dados referentes aos indivíduos que possuíam ensino fundamental completo, observou-se um CPOD médio de 18 para aqueles com renda familiar inferior a meio salário mínimo (cariados = 0, perdidos = 7, e obturados = 11), de 23 para aqueles cuja renda familiar era superior a meio salário mínimo e inferior a um salário mínimo (cariados = 4,5, perdidos = 7, e obturados = 11,5) e um CPOD médio de 16,5 para os indivíduos que possuíam proventos familiares superiores a um e menor que dois salários mínimos (cariados = 2,6, perdidos = 5,3, e obturados = 8,6);
- ✓ dentre as fichas analisadas de indivíduos que possuíam ensino médio incompleto, o CPOD médio para aqueles que não possuíam renda fixa (doações), que apresentavam renda familiar inferior a meio salário mínimo, e que apresentavam renda superior a meio e inferior a um salário mínimo, foi, respectivamente, igual a 14, 14 e 10,9. O número médio de dentes cariados foi, respectivamente, 6, 7,3 e 5,1, o de dentes perdidos foi, respectivamente 3, 7,3 e 1, e os dentes obturados somaram, em média, 5, 0,3 e 4,8, respectivamente;
- ✓ dentre os indivíduos que possuíam ensino médio incompleto e que apresentavam a renda familiar de um salário mínimo, mais que um e menos que dois salários mínimos e aqueles cuja renda era superior a dois salários mínimos, encontrou-se um CPOD médio de 16,5; 12,5 e 10, respectivamente. O componenteariado

atingiu o número de 6,6; 4,5 e 4, os dentes perdidos foram, em média, 5,3; 1,5 e 0,5, e o componente obturado 4,6; 6,5 e 5,5, respectivamente;

- ✓ dentre as fichas analisadas dos pacientes que possuíam ensino médio completo e que não possuíam renda fixa (vivam de doações), com renda inferior a meio salário e renda superior a meio e inferior a um salário mínimo, obtiveram o CPOD médio de 11; 8 e 13,2, sendo que o valor médio obtido para os dentes cariados foi de 5; 4 e 6, para os dentes perdidos de 0; 0 e 3,1 e para os dentes obturados de 6; 4 e 4,1 respectivamente. Já os pacientes que possuíam ensino médio completo e apresentavam a renda familiar de um salário mínimo, mais que um e menos que dois salários e aqueles cuja renda é superior a dois salários mínimos, o resultado observado foi de um CPOD médio de 20,4; 26,1 e 15,7, respectivamente, sendo que o componenteariado atingiu os valores de 6,5; 11,5 e 2,7; os dentes perdidos 4,2; 6,8 e 2,8 e o componente obturado 9,7; 7,7 e 10,2, respectivamente;
- ✓ apenas uma das fichas analisadas apresentava nível de ensino superior incompleto com renda superior a dois salários mínimo. Foi encontrado o CPOD de 5, sendo 4 dentes cariados e um dente obturado, não havendo nenhum dente perdido;
- ✓ dentre os indivíduos que possuíam ensino superior completo e que apresentavam renda familiar superior a meio e inferior a um salário mínimo, mais que um e menos que dois salários e aqueles cuja renda familiar era superior a dois salários mínimos, o CPOD médio encontrado foi de 28; 25 e 20,5 respectivamente, sendo que o componenteariado atingiu o número de 6; 0 e 0; os dentes perdidos de 12; 2 e 1, e o componente obturado 10; 23 e 21,5, respectivamente.

Quando avaliados conjuntamente os níveis socioeconômicos e grau de escolaridade, e posteriormente correlacionados com o CPOD, pode-se perceber que aqueles que possuíam uma menor renda e menor escolaridade apresentavam uma tendência de apresentar maior número de dentes cariados e perdidos, concordando com Fadel e Saliba (2009), que relataram que no que tange a saúde bucal, a escolaridade e a renda foram fatores etiológicos secundários da doença cárie. Os autores observaram que a maioria das mães que tinham filhos com experiência de cárie completou somente o nível básico de ensino e sua renda média mensal não alcançava um salário mínimo. Já entre as mães com filhos sem experiência de cárie, o nível de escolaridade predominante foi o médio e a renda concentrou-se em valores mais elevados. Os resultados obtidos no presente estudo encontram-se de acordo ainda com os observados por Zanin (2008), que ressaltou a influência dos aspectos socioeconômicos e culturais na determinação de experiência à cárie

dentária, sendo que quanto mais desfavorável era a situação socioeconômica, maior tendia ser o número de dentes afetados pela doença cárie, assim como sua gravidade.

No presente estudo observou-se que os indivíduos que possuíam maior grau de escolaridade e maior renda familiar apresentavam uma maior quantidade de dentes obturados. Apesar do aparente maior acesso aos serviços de saúde, sejam eles particulares ou públicos, o índice CPOD mostrou-se elevado na população do PSF de Vila Formosa, mesmo nesse grupo mais favorecido economicamente e culturalmente.

Assim, a comunidade de Vila Formosa possui uma grande experiência à doença cárie. Por esta razão, devem ser elaboradas e adotadas melhores condições de acesso e de educação em saúde para melhorar os índices e, conseqüentemente, as condições de saúde bucal desta comunidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença cárie e as perdas dentárias continuam sendo um grande problema de saúde pública na área de atuação da Unidade de Saúde Vila Formosa, pois ao se avaliar o índice CPOD desta população observou-se um elevado número de dentes perdidos e cariados e a sua correlação com os fatores renda e educação vem sendo a muito tempo discutidos.

Ao se analisar a influência da condição socioeconômica (avaliada por meio da renda familiar) e do grau de escolaridade na condição de saúde bucal, avaliada por meio do índice CPOD:

- Pode-se perceber que aqueles indivíduos que possuíam uma menor renda e menor escolaridade possuíam maior número de dentes cariados e perdidos,
- Sendo que quanto maior escolaridade e maior renda possuíam uma maior quantidade de dentes obturados.

Estes resultados revelam um provável maior acesso aos serviços de saúde, sejam eles particulares ou públicos, pela população de maior renda e maior grau de escolaridade.

A concentração da doença e a maior necessidade de assistência odontológica em determinados grupos populacionais reitera a importância de identificar e distribuir melhor as ações de educação e saúde na população para, de acordo com o princípio de equidade que norteia o SUS, priorizar a operacionalização das ações de saúde bucal nos grupos mais vulneráveis.

No âmbito setorial, o fortalecimento da atuação das equipes responsáveis pela atenção primária pressupõe a garantia do acesso à consulta odontológica e ao desenvolvimento de habilidades pessoais para se prevenir da doença cárie. Paralelamente, é essencial que haja melhor utilização da capacidade potencial do nível local para indicar as ações de promoção em saúde cuja execução compete a outros setores, tais como saneamento e educação, entre outros.

Conhecendo melhor os fatores de risco às doenças da cavidade bucal, em especial a cárie dentária, deve-se adequar os cuidados de saúde, reorientar gastos em prevenção e respeitar o princípio da equidade. Para tanto, torna-se primordial a sensibilização para a necessidade de adequação contínua das práticas em função das demandas de saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 2000; 29 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. A promoção de saúde no contexto escolar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 533-535, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica. **Pacto: indicadores da atenção básica**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de saúde bucal**. Brasil Sorridente. 2004.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação a metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

CYPRIANO, S. *et al.* **Fatores associados à experiência de cárie em escolares de um município com baixa prevalência de cárie dentária**. 2004. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=6625 Acesso em: 22 de Fevereiro de 2011.

DOCKHORN, D. M. **Escolaridade, condições socioeconômicas e saúde bucal: relação entre mães e filhos**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000 *Apud* SANTOS M. F.; ANDRIGHETTO, A. G.; LAMAS, A. E.; DOCKHORN, D. M. Relação entre doença cárie e gengivite e condições socioeconômicas dos usuários da creche comunitária centro infantil Murialdo. **Boletim da Saúde** | Porto Alegre | Volume 18 | Número 1 | Jan./Jun. 2004.

FADEL, C. B.; SALIBA, N. A. Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno-infantil. **RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.3, p. 303-309, jul./set. 2009

FERREIRA, R. C.. **Uma aproximação da relação entre Saúde bucal e determinantes sociais**. Dissertação(Mestrado) – Faculdade de odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, 1999.

GALINDO, E. M. V.; PEREIRA, J. A. C.; FELICIANO, K. V. O.; KOVAKS, M. H.. **Prevalência de cárie e fatores associados em crianças da comunidade do Vietnã**, Recife, 2005.

GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da Epidemiologia in: COSTA, D. C. (org.) *Epidemiologia; teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO. 2ª ed., 1994. 220 *apud* FERREIRA, R. C.. **Uma aproximação da relação entre Saúde bucal e determinantes sociais**. Dissertação(Mestrado) – Faculdade de odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, 1999.

LAGRECA, B. T. **Avaliação dos fatores de risco associados à doença cárie dentária que incidem sobre a população de escolares em Xerém – Duque de Caxias, RJ**, Dissertação(Mestrado) – Faculdade do Rio Grande “Prof. José de Souza Herdy”, 2007. ○

LUCAS, S. D.; PORTELA, M. C.; MENDONÇA, L. L. Variações no nível de caries dentárias entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 55-63, jan-fev. 2005.

PALMIER, A. C.; FERREIRA, E. F.; MATTOS, F.; VASCONCELOS, M. **Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Junho/2009.

SANTOS M. F.; ANDRIGHETTO, A. G.; LAMAS, A. E.; DOCKHORN, D. M. Relação entre doença cárie e gengivite e condições socioeconômicas dos usuários da creche comunitária centro infantil Murialdo. **Boletim da Saúde** | Porto Alegre | Volume 18 | Número 1 | Jan./Jun. 2004.

SILVEIRA, R. G., BRUM, S. C., SILVA, D. C. Influência dos fatores sociais, educacionais e econômicos na saúde bucal das crianças. **RMAB**, Rio de Janeiro, 2002.

SILVEIRA FILHO A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Rev Bras Saúde Família** 2002; (6): 36-43 [on line]. Disponível em: <http://saúde.gov.br/psf/artigos/psf/bucal/publicações.htm> Acesso em: 22 de Fevereiro de 2011.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.

TOMITA, N. E. FRANCO, L. J. LPOES, E. S.. Cárie dentária em crianças de 0 a 6 anos. **Rev. Saúde Pública**, 30 (5), 1996 419

VALLIN, M. J. FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA MORTALITÉ DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS, OMS: Réunion sur les facteurs et les conséquences socio- économiques de la mortalité. Mexico, 19-25 junho 1977, Genebra, OMS, DSI/SE/WP/79.4, p. 37. *apud* FERREIRA, R. C. **Uma aproximação da relação entre Saúde bucal e determinantes sociais**. Dissertação(Mestrado) – Faculdade de odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, 1999.

VENUGOPAL, T. PEREIRA, B. R.; SOUZA, R. L. Epidemiological Study of Dental Caries. *Indian J. Pediatric*, v.66, n. 65, p. 883-9, 1998. *apud* SANTOS, M. F. *et al.* Relação entre doença cárie e gengivite e condições socioeconômicas dos usuários da creche comunitária centro infantil Murialdo. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. v. 8, n. 01, Jan./Jun., 2004.

ZANIN, M. A. S. Cárie dentária, desenvolvimento humano e serviços odontológicos no estado de São Paulo, 2000-2006, Brasil. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 2008.