

DAN KAYNE DE ALMEIDA

**CORRELAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL, CONDIÇÕES
SOCIOECONÔMICAS E GRAU DE ESCOLARIDADE DE PACIENTES
DO PSF SÃO PEDRO NA CIDADE DE TRÊS CORAÇÕES – MG.**

ALFENAS / MINAS GERAIS

2014

DAN KAYNE DE ALMEIDA

**CORRELAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL, CONDIÇÕES
SOCIOECONÔMICAS E GRAU DE ESCOLARIDADE DE PACIENTES
DO PSF SÃO PEDRO NA CIDADE DE TRÊS CORAÇÕES – 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.

Orientador: Dr. Leandro Araújo Fernandes

ALFENAS / MINAS GERAIS

2014

DAN KAYNE DE ALMEIDA

**CORRELAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E
GRAU DE ESCOLARIDADE DE PACIENTES DO PSF SÃO PEDRO NA CIDADE DE
TRÊS CORAÇÕES – 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.

Orientador: Leandro Araujo Fernandes

Banca Examinadora:
Prof Orientador: Leandro Araujo Ferandes
Prof.

Aprovado em Alfenas ____/____/____

ALFENAS / MINAS GERAIS

2014

DEDICATÓRIA

Ao meu Senhor e criador.

À equipe do PSF São Pedro pela amizade e acolhimento.

À minha família e amigos pelo apoio e compreensão.

À Matheus meu filho, minha joia, meu maior presente

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores e a meu orientador pela ajuda e pelo apoio nesse trabalho, a minha família e a Deus por sua extrema bondade, amor e misericórdia

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 foi avaliar se há uma correlação entre a condição de saúde bucal dos pacientes da Unidade de Saúde de São Pedro 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 103 fichas clínicas odontológicas de primeira consulta programática. 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 São Pedro, 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 melhor 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. Assim, devem ser adotadas melhores condições de acesso e de educação em saúde para melhorar os índices de saúde bucal da comunidade.

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

ABSTRACT

Differences in access to dental services and different socioeconomic status have an impact on the experience of decayed , missing, and permanent teeth . Thus, the objective of this study is to evaluate whether there is a correlation between oral health status of patients of the Health Unit of St. Peter and socioeconomic status and educational level of the same . The oral health status was verified by the index of decayed missing and filled teeth (DMFT) and data on socioeconomic status and educational level were obtained from dental records of these patients . For the study 103 dental clinics chips first programmatic consultation were selected . When assessing data regarding income and education and subsequently correlated with the index of decayed, missing and filled teeth , it can be noticed that those individuals who had a lower income and less education had a higher number of decayed and missing teeth and those who had higher education and higher incomes had a greater number of filled teeth . Thus , there was a high DMF index in individuals assisted by the Health Unit of St. Peter , and , consequently , a great experience to dental caries in this population. Thereby improving access and health education for oral health indices community better should be adopted. Of agreed with this study there was an influence of socioeconomic status and educational level on oral health in our sample, as well as revealing a greater access of the population with higher income and higher education to restorative dental care . The concentration of illness and need for treatment in certain population groups reiterates the importance of identifying and distributing the shares of education and health in the population . Thereby improving access and health education should be adopted to improve the oral health indices of the community

Keywords: Socioeconomic Factors, Oral Health, DMF Index.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1 – Critérios de distribuição dos grupos em relação à renda familiar total.....	17
QUADRO 2 – Critérios de distribuição dos grupos em relação ao grau de escolaridade dos indivíduos.....	18
QUADRO 3 – Distribuição dos indivíduos de acordo com o Grau de Escolaridade	18
QUADRO 4 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a Distribuição de Renda (nível socioeconômico)	18
QUADRO 5 - Distribuição dos indivíduos (n) de acordo com a Distribuição de Renda (nível socioeconômico) associada ao Grau de Escolaridade dos mesmos	19
TABELA 1 - Valor do CPOD total e dos seus componentes em relação a cada grupo dividido de acordo com a renda familiar total.....	20
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	22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
4. OBJETIVOS.....	16
4.1 Objetivo geral.....	16
4.2 Objetivos específicos.....	16
5. MÉTODO.....	17
6. RESULTADOS.....	20
7. DISCUSSÃO.....	23
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

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 (LUCHI,PERES e PERES, 2013).

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 (LUCHI,PERES e PERES, 2013).

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 (LUCHI,PERES e PERES, 2013). 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 (LUCHI,PERES e PERES, 2013).

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 (MOYSES, PUCCA JR e PALUDETTO JR, 2013, SOARES e CIMÕES, 2014).

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 (LUCHI,PERES e PERES, 2013; BRASIL, 2007, 2009; 2013 SOARES e CIMÕES, 2014).

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 (LUCHI,PERES e PERES, 2013; PALMEIR et al., 2009).

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 (RONCALLI, CORTES e PERES 2012; LUCHI,PERES e PERES, 2013; CASTILHO, et al 2013).

O interesse sobre a influência das questões sociais e econômicas no processo saúde-doença não é novo. BOISGUILBERT E DEPARCIEUX, citados VALLIN (1977) e PEZZATO, L'ABATE e BOTAZZO, (2013), já sugeriam a existência de alta mortalidade entre pessoas de menor renda por no século XVIII. GOLDBERG (1994), ANTUNES e PERES (2013), BATISTA et al (2013) concordam que os trabalhos de VILLERMÉ em 1824, que pesquisavam 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. FACCIN et al (2010) e ONU/PNUD (2013) apontam para 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.

Este estudo tem como objetivo avaliar a saúde bucal e suas correlações com as condições socioeconômicas, com o grau de escolaridade de pacientes do PSF São Pedro Três Corações-MG

2. JUSTIFICATIVA

A razão deste trabalho foi avaliar a correlação entre a condição bucal dos pacientes da Unidade de Saúde PSF São Pedro, as condições socioeconômicas e o grau de escolaridade destes, a fim de buscar a identificação de fatores que possam influenciar diretamente nas suas condições de saúde bucal. Acredita-se que indivíduos que possuam menor renda e escolaridade, apresentem também pior condição de saúde bucal. Havendo procedência 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, entre elas à formação de cooperativas para geração de renda e empregos, o que poderia também melhorar a qualidade de vida da população da região.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A necessidade de transformação dos hábitos que permeiam a operacionalização das ações de controle da doença cárie e das suas consequências 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 (LUCI, PERES e PERES, 2013).

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 e 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, 2007, 2009; SOARES e CIMÕES, 2014). Além disto, sugeriu-se a realização de levantamentos epidemiológicos sequenciais, em intervalos de tempo determinados, o cadastramento de usuários, a orientação quanto à alimentação e a análise de sistemas de informação (BRASIL, 2000, 2009, MOURA et al 2008, CASTILHO, et al 2013).

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 (CASTILHO, et al 2013).

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 está acontecendo de forma homogênea se caracterizado pela concentração da doença em grupos populacionais mais submetidos à privação social (NARVAI e FRAZÃO 2008, MOYSES, PUCCA JR e PALUDETTO JR, 2013).

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 medidas 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 (PERES e MOYSÉS 2012; NARVAI e FRAZÃO 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 (número de dentes: cariados, 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 (NARVAI e FRAZÃO 2008).

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 (FACCIN et al 2010).

Considerando o atual contexto epidemiológico da prevalência da cárie dentária no Brasil, onde se observa uma importante redução na média de dentes afetados pelas

consequências 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 (FACCIN et al 2010)

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. Os autores propõem que, com a identificação dos grupos mais vulneráveis, pode-se direcionar as ações de saúde mais produtivamente. Em 1998, ENUGOPAL et al., 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.

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 (MOURA, 2008. FERREIRA, et al 2013).

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 à 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 (PERES e MOYSÉS 2012; ZENIN, 2008).

Estudo em municípios do estado de Minas 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 12 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 NARVAI e FRAZÃO, 2008.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

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

4.2 Objetivos específicos

Avaliar a correlação da condição socioeconômica dos pacientes da Unidade de Saúde PSF São Pedro e a saúde bucal (verificada por meio do índice de dentes cariados perdidos e obturados - CPOD).

Avaliar a correlação entre o índice de dentes cariados perdidos e obturados (CPOD) e o grau de escolaridade dos pacientes da Unidade de Saúde PSF São Pedro.

Sugerir possíveis ações de educação em saúde.

5. MÉTODO

Ao delimitarmos um tema de estudo, sua população e área de abrangência, buscamos nas técnicas de pesquisa qualitativa e quantitativa em saúde o planejamento da pesquisa. A nitidez dos objetivos traçados, fazem com que o planejamento seja eficiente, de modo que o trabalho da pesquisa em si seja desenvolvido com eficácia utilizando os recursos humanos e materiais adequados, segundo CORREA (2009).

Para pesquisas quantitativas em saúde, busca-se mais que estatísticas, busca-se identificar dentro de um grupo humano quais os motivos que espelham os índices encontrados. Cabe-se também analisar os significados, os paradigmas, as metáforas e analogias dos reais problemas da comunidade/grupo, sob a ótica da proteção integrada da saúde pública, conforme orientações de TURATO (2005).

Para a realização do presente estudo foram selecionadas 132 fichas clínicas odontológicas de primeira consulta programática dotadas dos campos escolaridade e odontograma inicial, devidamente preenchidos e 103 Fichas A dotadas do campo renda declarada preenchida. 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 2012, utilizando as fichas dos pacientes atendidos entre os anos de 2011 e 2012.

Para a avaliação e tabulação dos dados, foram utilizados o salário mínimo vigente de R\$622,00 (seiscentos e vinte e dois 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\$311,00); GRUPO C: pessoas cuja família possuía renda familiar superior a meio salário mínimo (R\$312,00) e menor que um salário mínimo (R\$621,00); GRUPO D: aqueles indivíduos os quais suas famílias apresentavam renda declarada de 1 salário mínimo (R\$622,00); GRUPO E: composto por indivíduos cuja renda familiar total era de mais de 1 salário mínimo (R\$623,00) e menos que 2 salários mínimos (R\$1243,00);

e GRUPO F: indivíduos cuja família apresentava renda igual ou superior a 2 salários mínimos (R\$1244,00).

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\$311,00)	Maior que meio salário mínimo (R\$312,00) e menor que um salário mínimo (R\$621,00)	Um salário mínimo (R\$622,00)	Maior que um salário mínimo (R\$623,00) e menor que dois salários mínimos (R\$1243,00)	Igual ou superior a dois salários mínimos (R\$1244,00)

Fonte: Fichas Clínicas. PSF São Pedro. Três Corações MG

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

Fonte: Fichas Clínicas. PSF São Pedro. Três Corações MG

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	32	08	22	29	06	05

Fonte: Fichas Clínicas. PSF São Pedro. Três Corações MG

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 ½ salário	Menor que 1 salário mais que ½	1 salário	1 salário menor que 2 salários	Maior que 2 salários
NÚMERO DE INDIVÍDUOS (n)	3	9	23	22	31	15

Fonte: Fichas Clínicas. PSF São Pedro. Três Corações MG

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	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
A Sem renda fixa (doações)	1	0	1	0	0	1	0	0
B Menor que ½ salário	0	0	2	1	8	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	11	2	3	4	0	0
E Mais que 1 menos que 2 salários mínimos	0	0	13	3	7	7	5	2
F Mais que 2 salários mínimos	0	1	1	0	2	2	1	2

Fonte: Fichas Clínicas. PSF São Pedro. Três Corações MG

GRAU DE ESCOLARIDADE LEGENDA

I – ANALFABETO, II ALFABETIZADO, III FUNDAMENTAL INCOMPLETO, IV FUNDAMENTAL COMPLETO, V MÉDIO INCOMPLETO, VI MÉDIO COMPLETO, VIII SUPERIOR COMPLETO

6. RESULTADOS

No que diz respeito à renda, o GRUPO A (sem renda fixa, recebem doações) apresentou o CPOD total de 17,5, sendo o componente cariado 4,4; o componente perdido 9 e o obturado 4,1. O GRUPO B apresentou um CPOD total de 12, sendo o componente cariado com o valor 3,8, o componente perdido 4,7 e o obturado 3,5. O GRUPO C apresentou CPOD total de 13,5, sendo o componente cariado 4,1; o perdido 4,3 e o obturado 5,1. O GRUPO D apresentou CPOD de 15,7, sendo o componente cariado 3,9; o perdido 6,4 e o obturado 5,4. O núcleo familiar referente ao GRUPO E apresentou um CPOD total de 13,4, sendo o componente cariado com o valor de 3,8, o perdido 3,3 e o obturado de 6,3. E aqueles que possuem provento mensal superior a 2 salários mínimos (GRUPO F) obtiveram o CPOD no valor de 15 sendo que os dentes cariados atingiram 2,2; os perdidos 3,5 e os obturados 8,9 (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	17,5	4,4	9	4,1
B	12	3,8	4,7	3,5
C	13,5	4,1	4,3	5,1
D	15,7	3,9	6,4	5,4
E	13,4	3,8	3,3	6,3
F	15	2,2	3,5	8,9
Média	14,52	3,7	5,2	5,55

Fonte: Fichas Clínicas. PSF São Pedro. Três Corações MG

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) São Pedro atingiu o valor médio de 14,52, sendo o número médio de dentes cariados foi de 3,7; dentes perdidos 5,2 e dentes obturados 5,55.

Quando apenas a variável renda é correlacionada com o CPOD, o GRUPO A (sem renda fixa, ou vivem de doações) obteve a maior média (17,5), e o menor valor do CPOD obtido foi no GRUPO B, com o índice médio de 12 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 6 (renda familiar igual ou superior a dois salários

mínimos) (cariados = 2,2), 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 3,3), enquanto o maior valor foi encontrado no GRUPO A (aqueles que não possuem renda fixa), com o índice médio de 9 dentes perdidos por indivíduo. O componente representado pelos dentes **obturados** obteve maior representação no GRUPO F, com índice médio de 8,9, e o menor número no GRUPO B (3,5 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 *SOARES e CIMÕES, 2014* diz pessoas cujas renda familiar total é igual ou maior do que cinco salários mínimos apresentaram CPO-d 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 dentes por indivíduo, sendo o componente cariado = 3,8, o perdido = 7 e o obturado = 5,2. Já No GRUPO IV (ensino fundamental completo), o CPOD total médio foi de 18,3 dentes afetados pela doença cárie por indivíduo, sendo que a quantidade de dentes cariados atingiu 1,9; o de perdidos 7,4 e o de dentes obturados atingiu 9. O GRUPO V (ensino médio incompleto) apresentou o CPOD médio de 10,8 dentes por indivíduo, sendo que os dentes cariados corresponderam em média a 4,5; os perdidos 1,3 e os obturados 4,5. As fichas analisada do GRUPO VI (ensino médio completo) apresentaram CPOD médio de 14,6 dentes acometidos por indivíduo, sendo que o componente cariado apresentou o valor de 4,1; o perdido 2,9 e o obturado 7,6. O GRUPO VII (ensino superior incompleto)

apresentaram o CPOD médio de 5 dentes afetados por indivíduo, sendo o componente cariado = 3 e o obturado = 2, não apresentando dentes perdidos. As fichas analisadas do GRUPO VIII (ensino superior completo) apresentou o CPOD médio de 23 dentes por indivíduo, sendo o componente cariado = 2; o perdido = 4 e o obturado = 17(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	28	0	28	0
III	16	3,8	7	5,2
IV	18,3	1,9	7,4	9
V	10,8	5	1,3	4,5
VI	14,6	4,1	2,9	7,6
VII	5	3	0	2
VIII	23	2	4	17
Média	14,46	2,48	6,33	5,66

Fonte: Fichas Clínicas. PSF São Pedro. Três Corações MG

7. DISCUSSÃO

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 23 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 7 dentes por indivíduo, enquanto que os indivíduos que possuíam nível de ensino superior completo apresentaram média elevada de dentes obturados, com o índice de 17 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 4, o perdido 22 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 9 e os obturados 3;

Dentre os dados analisados dos indivíduos que possuíam ensino fundamental incompleto e renda superior a meio e um salário mínimo, observou-se CPOD = 17,5 sendo que os dentes cariados atingiram o valor 5,3, os perdidos atingiram 6,2 e os obturados 6;

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 15,1, sendo o número médio de dentes acometidos por carie = 3,5, os perdidos = 6,6 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 12 e 11, sendo que o componente cariado atingiu

4,3 e 5; o componente perdido 3,6 e 1; e os dentes obturados atingiram, em média 4,1, e 5 respectivamente;

Quando coletados os dados referentes aos indivíduos que possuíam ensino fundamental completo, observou-se um CPOD médio de 17 para aqueles com renda familiar inferior a meio salário mínimo (cariados = 0, perdidos = 6, e obturados = 11), de 20 para aqueles cuja renda familiar era superior a meio salário mínimo e inferior a um salário mínimo (cariados = 4, perdidos = 6,5, e obturados = 9,5) e um CPOD médio de 15,9 para os indivíduos que possuíam proventos familiares superiores a um e menor que dois salários mínimos (cariados = 2,5, perdidos = 5,3, e obturados = 8,1);

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 13,7 13,5 e 10,7. O número médio de dentes cariados foi, respectivamente, 5,8, 7,1 e 5,2, o de dentes perdidos foi, respectivamente 3,4, 7,2 e 1, e os dentes obturados somaram, em média, 4,5, 0,8 e 4,5, 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 16,3; 11,8 e 10,2, respectivamente. O componente cariado atingiu o número de 6,4; 4,3 e 3,7, os dentes perdidos foram, em média, 5,5; 1,7 e 0,9, e o componente obturado 4,4; 5,8 e 5,6, 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 10; 7 e 12,9, sendo que o valor médio obtido para os dentes cariados foi de 4; 4 e 5,4, para os dentes perdidos de 1; 0 e 2,9 e para os dentes obturados de 5; 3 e 4,6 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 19,8; 25,6 e 14,9, respectivamente, sendo que o componente cariado atingiu os valores de 6,3; 11,1 e 2,5; os dentes perdidos 3,9; 6,5 e 2,6 e o componente obturado 9,6; 8 e 9,8, 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 24; 20 e 17,5 respectivamente, sendo que o componente cariado atingiu o número de 6; 0 e 0; os dentes perdidos de 10; 2 e 1, e o componente obturado 8; 18 e 17,5, 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 & 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 NARVAI e FRAZÃO (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 São Pedro, mesmo nesse grupo mais favorecido economicamente e culturalmente.

Assim, a comunidade São Pedro 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.

8. 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 PSF São Pedro, pois ao se avaliar o índice CPOD desta população observou-se um elevado número de dentes perdidos e cariados.

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,
- ✓ 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. No entanto, o valor do CPOD da comunidade foi bastante elevado.

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

ANTUNES, JLF e PERES, MA. **Epidemiologia da saúde bucal**. 2.ed. São Paulo: Ed. Santos, 2013

BATISTA, Marília Jesus; COSTA, Ludmila da Silva Tavares; AMBROSANO, Gláucia Maria Bovi; POSSOBON, Rosana de Fátima. Coesão familiar associada à saúde bucal, fatores socioeconômicos e comportamentos em saúde *Ciênc. saúde coletiva*;18(8) ago 2013

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** 29 dez.2000

_____. Ministério da Saúde. A promoção de saúde no contexto escolar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 533-535, 2009.

_____._____. Portaria 373 de 27/02/2002: institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02 . Brasília: MS, 2002.

_____._____. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica. **Pacto: indicadores da atenção básica** Portaria nº 91/GM de 10/01/07. Brasília, 2007.

_____._____.Coordenação Nacional de saúde bucal. **Política Nacional de saúde bucal no brasil**. Brasil Sorridente. 2009.

_____._____. _____. **Resolução 05/2013**: Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015. Brasília: 19/06/2013

CASTILHO, Aline Rogéria Freire de; MIALHE, Fábio Luiz; BARBOSA, Taís de Souza; PUPPIN-RONTANI, Regina Maria Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática **J. Pediatr.** vol.89 no.2 Mar./Apr. 2013

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.

FACCIN, Deniz; SEBOLD, Rafael; CARCERERI, Daniela Lemos. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade *Ciênc. saúde coletiva*;15, supl 01, jun 2010

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, Luale Leão; BRANDÃO, Gustavo Antônio Martins; GARCIA, Gustavo; GABARDO, Marilisa Carneiro Leão; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge self-rating of oral health according to the oral health impact profile and associated factors: a systematic review. **Rev Panam Salud Publica** vol.33 n.6 Jun.2013

GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da Epidemiologia in: COSTA, D. C. (org.). **Epidemiologia; teoria e objeto**. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO. 2ª ed., 1994.

LUCHI, Carla Antoni; PERES, Karen Glazer; BASTOS, Joao Luiz; PERES, Marco Aurelio. Desigualdades na autoavaliacao da saude bucal em adultos *Rev. Saude Publica*;47(4) ago 2013

MOURA, Cristiano; GUSMÃO, Estela Santos; SANTILLO, Patrícia Morgana Hordonho; MOYSÉS ST, KRIGER L, MOYSÉS SJ, organizadores. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências.** São Paulo: Editora Artes Médicas; 2008.

MOYSES, Samuel Jorge; PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo; PALUDETTO JUNIOR, Moacir; Moura, Lenildo de. Avancos e desafios a Politica de Vigilancia a Saude Bucal no Brasil *Rev. Saude Publica*;47 (supl 3) dez 2013

NARVAI, Paulo Capel. FRAZÃO, Paulo. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2008.

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

PERES, Marco A. MOYSES, Samuel Jorge. Vigilância à saúde bucal no Brasil *Cad. Saúde Pública* vol.28, suppl. 2012

PEZZATO, Luciane Maria; L'ABBATE, Solange; BOTAZZO, Carlos. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica *Ciênc. saúde coletiva*;18(7)jul 2013

ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas - ONU . Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD **Humanidade dividida: como fazer frente à desigualdade nos países em desenvolvimento - relatório para a redução da pobreza.** New York : ONU 2013

RONCALLI, Angelo Giuseppe; CÔRTEZ, Maria Ilma de Souza; PERES, Karen Glazer. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância *Cad. Saúde Pública* vol.28 suppl 2012

SOARES, Renata de Souza Coelho; CIMÕES, Renata. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil *Cad. Saúde Pública*;30(3) mar 2014

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.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev. Saúde Publica*. São Paulo: FSP/USP 39 (3) 2005.

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