

Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias

Influence of social class on clinical reasons for tooth loss

Renata Cimões¹

Arnaldo de França Caldas Júnior²

Eliane Helena Alvim de Souza²

Estela Santos Gusmão³

Abstract *In order to determine the influence of social class on clinical reasons for tooth loss in Maceió, the Alagoas State capital in Northeast Brazil, a cross-sectional study was conducted of 466 adults whose ages ranged from 18 to 76 years. Socioeconomic and demographic data were collected through a questionnaire. Clinical examinations determined the reason for extracting teeth, recording the DMF-T of all patients, who were divided into social classes on the basis of the data gathered from the questionnaire: 54.1% of the subjects were female with a mean age of 33.73 ± 13.68 years; 369 (79.2%) of them had not completed their secondary education and 385 (82.6%) had family incomes no more than four times the official minimum wage (mean 3.4 ± 5.4). The main reason for the loss of permanent teeth was caries. The patients presented an average of 16.59 ± 6.96 decayed, lost or filled teeth and most of them (219 – 47%) had a DMF-T of 11 to 20 teeth. A statistically significant difference was noted between reasons for tooth loss and social class ($P < 0.001$), leading to the conclusion that social class significantly influenced clinical reasons for tooth loss.*

Key words *Tooth loss, Social class, Epidemiology*

Resumo *Com o objetivo de determinar a influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias na cidade de Maceió, Alagoas, foi realizado um estudo transversal que envolveu 466 indivíduos adultos, com idade entre 18 a 76 anos. Foram coletados dados socioeconômicos e demográficos através de um formulário. O exame clínico determinou a razão pela qual o dente seria extraído e houve registro do CPO-D de todos os pacientes. Os pacientes foram incluídos em classes sociais com base nos dados coletados dos formulários. 54,1% dos indivíduos que participaram da pesquisa eram do sexo feminino, a idade teve média de $33,73 \pm 13,68$ anos, observou-se que 369 (79,2%) não tinham completado o segundo grau e 385 (82,6) apresentaram renda familiar de até quatro salários mínimos, com média de $3,4 \pm 5,4$. A principal razão das perdas dos dentes permanentes foi a cárie dentária. Os pacientes apresentaram em média $16,59 \pm 6,96$ dentes cariados, perdidos ou obturados, a maioria dos pacientes 219 (47,0%) apresentaram CPO-D entre onze a vinte dentes. Observou-se associação estatisticamente significativa entre a razão da perda e o grupo social a que pertencia o paciente ($P < 0,001$). Concluiu-se que a classe social influenciou significativamente na razão clínica da perda dentária.*

Palavras-chave *Perda dental, Classe social, Epidemiologia*

¹ Departamento de Prótese e Cirurgia Buco Facial, Universidade Federal de Pernambuco.

Tr. Professor Artur de Sá 4, Cidade Universitária, 50740-521 Recife PE. renata.cimoes@globocom

² Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco.

³ Departamento de Medicina Oral, Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco.

Introdução

Os fatores socioeconômicos influenciam de forma significativa o processo saúde-doença. O uso dos conceitos de classe social apresenta algumas dificuldades de operacionalização, como o grande número de variáveis geradas, necessidade de amostra grande, existência de duas ou mais inserções para um mesmo indivíduo¹. Os estudos epidemiológicos têm se utilizado pouco dos conceitos de classe social como uma categoria importante no processo de saúde-doença².

Nos estudos que abordam as razões sobre as perdas dentárias, observa-se que os indivíduos são classificados em classes, utilizando-se apenas como critérios a renda e escolaridade apresentadas por estes. Mas outras questões devem ser abordadas para que os fatores biológicos (cárie, doença periodontal) que levam à extração dos dentes sejam distinguidos dos fatores sociais³. Alguns estudos evidenciam a cárie como a principal razão biológica que leva à extração dental, sendo influenciada pela condição socioeconômica determinada pela precária condição de saúde bucal e diminuição do acesso aos serviços⁴.

O conhecimento das razões pelas quais os dentes permanentes são extraídos é necessário para organizar e efetivar estratégias adequadas para prevenção e tratamento das doenças bucais, pois com esse conhecimento será possível melhorar as condições de saúde bucal⁵. A mortalidade dental fornece informações sobre a condição de saúde bucal do ponto de vista da conservação dos dentes e do aproveitamento dos tratamentos preventivos e curativos realizados⁶. A manutenção da dentadura natural por toda a vida dos indivíduos deve ser o ideal para os profissionais de saúde bucal e de saúde pública. Observa-se que a perda de dentes causa transtornos psicossociais, como dificuldade de relacionamento, insegurança e outros de ordem sistêmica, como disfunções gastrointestinais, má nutrição⁷.

A razão da extração dental associada à classe social tem sido pouco avaliada nos estudos sobre perdas. O objetivo do estudo foi determinar a influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias em adultos da cidade de Maceió, AL.

Métodos

O estudo foi realizado na cidade de Maceió, capital do estado de Alagoas, localizada na região Nordeste do Brasil, com uma população de

797.759 habitantes e renda *per capita* de R\$ 2.283. O tamanho da amostra foi calculado considerando a prevalência de perda por cárie de 50%, nível de significância de 5%, intervalo de confiança de 95%, e foi usado um fator de correção igual a 1.2. Com isso, o número mínimo esperado foi de 461 pacientes.

Os participantes do estudo foram provenientes de centros municipais de saúde (serviço público) e de clínicas de seguro saúde (serviço privado). Como requisitos, deveriam apresentar pelo menos um dente com indicação para extração, ter idade igual ou superior a 18 anos e não recusar sua participação na pesquisa. O pesquisador responsável pela coleta de dados permanecia no local, previamente sorteado, e examinava os pacientes que tinham indicação para exodontia, voltava-se ao mesmo local até que o número pré-estabelecido de pacientes fosse alcançado.

Na cidade de Maceió, existia, na época do estudo, 45 centros municipais de saúde e 22 clínicas de seguro saúde. Ficou estabelecido que trinta centros municipais e sete clínicas de seguro saúde tomariam parte no estudo, sendo obtido um total de 313 pacientes provenientes do serviço público e 153 do serviço privado, totalizando 466. Após a seleção por sorteio, todos os centros receberam cartas informando sobre a proposta do estudo, não havendo nenhuma recusa.

Os dados socioeconômicos para determinação da classificação social foram obtidos através de um formulário preenchido antes do paciente ser examinado. Optou-se pela classificação social de Lombardi *et al.*⁸, que se baseia na relação dos indivíduos com os bens de produção, discriminando as seguintes classes: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado típico, proletariado não típico e subproletariado. As razões das perdas foram determinadas pelos critérios propostos por Kay & Blinkhorn⁹, onde as extrações foram incluídas em oito categorias: cárie, doença periodontal, razões ortodônticas, razões pré-protéticas, trauma, pericoronarite, pedido do paciente e outras.

Após a entrevista, os pacientes foram examinados em ambiente de consultório com luz artificial e tiveram a razão da extração determinada por um único examinador. O registro de CPO-D foi utilizado para verificar a reprodutibilidade, o dente que seria extraído foi considerado, no momento do exame, como perdido e dessa forma observou-se um valor de kappa de 0,836.

Para análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS na versão 11.0. Foi usado o teste de Qui-quadrado para verificar a possível associa-

ção entre as variáveis. Para a realização da análise bivariada que incluía a classe social, os indivíduos foram agrupados em três categorias. Grupo G1 - formado por indivíduos nas classes burguesia, nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional; Grupo G2 - formado pelas classes do proletariado típico e proletariado não típico e Grupo G3 - formado pelos indivíduos do subproletariado.

Resultados

A amostra estudada se constituiu na sua maioria por indivíduos do sexo feminino (54,1%), a idade variou entre 18 a 76 anos, com média de 33,73 e desvio padrão de $\pm 13,68$ anos; em relação à escolaridade, observou-se que 369 (79,2%) não tinham completado o segundo grau e 385 (82,6) apresentaram renda familiar de até quatro salários mínimos, com média de 3,4 e desvio padrão de $\pm 5,4$ e mediana de dois salários mínimos mensais.

A principal razão das perdas dos dentes permanentes na população estudada foi a cárie, seguida pela doença periodontal. Em relação às classes, observou-se que a burguesia apresentou 100% de perda por cárie, mas deve-se levar em consideração que apenas um paciente foi incluído nesta categoria. O subproletariado apresentou perda por cárie na ordem de 75,9%. A maior porcentagem de perda devido à doença periodontal foi observada na classe do proletariado típico, e as perdas por outras razões (razões ortodônticas, razões pré-protéticas, trauma, pericoronarite, pedido do paciente e outras) apresentaram-se com maior porcentagem entre os indivíduos da nova

pequena burguesia (50%). A Tabela 1 mostra a distribuição das razões das perdas em relação à classe social. De acordo com a metodologia adotada, 56 indivíduos não puderam ser classificados em nenhuma das classes.

O registro do CPO-D revelou que em média os pacientes apresentaram $16,59 \pm 6,96$ dentes cariados, perdidos ou obturados, a mediana foi 17, mínimo 2 e máximo 32, a maioria dos pacientes 219 (47,0%) apresentaram CPO-D entre onze a vinte dentes. Ao relacionar o registro do CPO-D com as classes sociais, foi observado que os pacientes com registro de CPO-D entre onze a vinte dentes tiveram as mais altas frequências nas classes proletariado típico, pequena burguesia tradicional, subproletariado e proletariado não típico, respectivamente (Tabela 2).

As razões das perdas foram categorizadas em perdas por cárie, doença periodontal e outras razões (ortodônticas, pré-protéticas, trauma, pericoronarite, pedido do paciente e outras), e estas foram relacionadas à classe social categorizada em grupos de classes. Observa-se que a perda por cárie aumentou, percentualmente, do grupo G1 para G3, a perda por doença periodontal oscilou de 10,8% no grupo G2, 12,3% no grupo G3 e 16,9% no grupo G2. Para perda por outras razões, a maior porcentagem foi observada para o grupo G3 e a menor no grupo G1.

A Tabela 3 mostra os dados relativos à essa associação, onde se observa que a classe social esteve estatisticamente associada à razão da perda dental.

A relação entre o CPO-D e os grupos sociais é apresentada na Tabela 4, onde não foi observada associação significativa entre as variáveis.

Tabela 1. Distribuição das razões das perdas dentárias na cidade de Maceió-AL em relação à classe social, 2003.

Classe social	Razão da perda								Total N (%)
	Cárie N (%)	D.P. ¹ N (%)	P.Próte ² N (%)	Orto ³ N (%)	Trauma N (%)	Pedido ⁴ N (%)	Pericoronarite N (%)	Outras N (%)	
N classificável	35 (59,3)	3 (5,1)	1 (1,7)	14 (23,7)	0	6 (10,2)	0	0	59 (100)
Burguesia	1 (100)	0	0	0		0	0	0	1 (100)
Nova pequena burguesia	7 (43,8)	1 (6,2)	2 (12,6)	4 (25,0)	1 (6,2)	1 (6,2)	0	0	16 (100)
Pequena burguesia trad.	11 (55,0)	3 (15,0)	1 (5,0)	3 (15,0)	0	2 (10,0)	0	0	20 (100)
Proletariado não típico	96 (55,2)	27 (15,5)	6 (3,5)	33 (18,9)	1 (0,6)	7 (4,0)	3 (1,7)	1 (0,6)	174 (100)
Proletariado típico	3 (33,3)	4 (44,5)	0	1 (11,1)	0	1 (11,1)	0	0	9 (100)
Subproletariado	142 (75,9)	23 (12,3)	5 (2,7)	1 (0,5)	0	15 (8,1)	1 (0,5)	0	187 (100)
Total	295 (63,3)	61 (13,1)	15	56	2	32	4	1	466

1- D.P. - doença periodontal; 2 - P. Prote - pré-protetico; 3 - Orto - ortodôntico; 4 - Pedido - pedido do paciente.

Tabela 2. Distribuição do registro do CPO-D em relação à classe social na cidade de Maceió-AL, 2003.

Classe social	CPO-D			Total N (%)
	1-10 N (%)	11-20 N (%)	+ de 20 N (%)	
Não classificável	19 (32,3)	31 (52,5)	9 (15,2)	59 (100)
Burguesia	0	0	1 (100)	1 (100)
Nova pequena burguesia	1 (6,3)	7 (43,7)	8 (50,0)	16 (100)
P burguesia tradicional	4 (20,0)	10 (50,0)	6 (30,0)	20 (100)
Proletariado não típico	37 (21,3)	77 (44,2)	60 (34,5)	174 (100)
Proletariado típico	0	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (100)
Subproletariado	37 (19,8)	87 (46,5)	63 (33,7)	187 (100)
Total	98 (21,0)	219 (47,0)	149 (32,0)	466 (100)

Tabela 3. Distribuição das razões das perdas na cidade de Maceió-AL em relação aos grupos sociais, 2003.

Grupo social ⁽²⁾	Razão da perda						Valor de P ⁽¹⁾		
	Cárie		Doença periodontal		Outras			Total	
	N	%	N	%	N	%		N	%
G1	19	51,4	4	10,8	14	37,8	37	100,0	P<0,001*
G2	99	54,1	31	16,9	53	29,0	183	100,0	
G3	142	75,9	23	12,3	22	11,8	187	100,0	
Grupo total ⁽³⁾	260	63,9	58	14,3	89	21,9	407	100,0	

* - Associação significante ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Qui-quadrado; (2) Grupo G1 - formado por indivíduos nas classes burguesia, nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional; Grupo G2 - formado pelas classes do proletariado típico e proletariado não típico e Grupo G3 - formado pelos indivíduos do subproletariado; (3) 59 pesquisados não foram classificados segundo a metodologia empregada.

Tabela 4. Distribuição do índice CPO-D em relação aos grupos sociais, Maceió-AL, 2003.

Grupo ⁽¹⁾	CPO-D						Valor de P ⁽¹⁾		
	1-10		11-20		+ de 20			Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	
G1	5	13,5	17	46,0	15	40,5	37	100	0,073
G2	37	20,2	84	45,9	62	33,9	183	100	
G3	37	19,8	87	46,5	63	33,7	187	100	
Total ⁽²⁾	79	19,4	188	46,2	140	34,4	407	100	

* - Através do teste Qui-quadrado.

(1) Grupo G1 - formado por indivíduos nas classes burguesia, nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional; Grupo G2 - formado pelas classes do proletariado típico e proletariado não típico e Grupo G3 - formado pelos indivíduos do subproletariado; (2) 59 pesquisados, sendo 19 do serviço privado e 40 do serviço público, não foram classificados segundo a metodologia empregada.

Discussão

O presente estudo apresenta algumas limitações e as constatações não podem ser consideradas para população em geral. O critério de classe social aqui adotado não obteve classificação para todos os pacientes que tinham indicação para realização de pelo menos uma exodontia; talvez o critério que utiliza a posse de bens de consumo fosse mais indicado para este tipo de pesquisa.

Apesar do conhecimento sobre a importância dos fatores socioeconômicos na determinação dos processos saúde-doença, nos estudos sobre razões de perdas dentárias, esse aspecto não tem sido abordado com frequência. Os índices de perda dental estão para Odontologia como os índices de mortalidade estão para Medicina, sendo necessário o conhecimento desses dados para auxiliar no planejamento dos serviços de saúde¹⁰. No Brasil, poucos estudos foram realizados para se obter informações sobre as razões das extrações dos dentes permanentes e, mesmo sendo observada uma queda nos índices de cárie para crianças, ainda é evidente que os adultos perdem muitos dentes devido à cárie dentária. No presente estudo, ficou evidente a grande quantidade de dentes extraídos por esta razão, assim como em outros estudos realizados no Brasil, onde a cárie predominou como razão primária^{3,10,11,12,13}.

Para a cidade de Maceió, a perda por cárie foi na ordem de 63,3%; esse dado é discordante das demais cidades brasileiras, onde já foram determinadas as prevalências de razões de perdas. Para a cidade do Recife, a cárie representou 70,3% de todas as perdas¹⁰; em Belo Horizonte, em dois estudos realizados, a cárie representou 61%¹⁴ e 42%¹¹; para Campo Grande, a porcentagem de perda por cárie foi de 58,5%¹⁵. Em relação às perdas por doença periodontal, observou-se, tanto neste estudo quanto nos citados anteriormente, que foi caracterizada como a segunda maior prevalência encontrada. Nesse estudo, ficou evidenciado uma pequena porcentagem de perda por doença periodontal, fato também demonstrado em outros estudos. Em Belo Horizonte foi onde se evidenciou a maior porcentagem de perda por doença periodontal dentre os estudos já realizados no Brasil¹⁶.

No presente estudo, ficou evidenciado que a classe social teve influência sobre as razões das perdas; os pacientes incluídos no grupo social 1 (G1), que representava a burguesia, nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional, tiveram percentualmente menos perda por

cárie quando comparados aos grupos G2 e G3. Para as perdas devido a outras razões, ficou demonstrado que o grupo G1 apresentou percentualmente mais perda; isso se deve ao fato de neste item estarem incluídas as indicações ortodônticas e protéticas. Em outros estudos, ficou evidenciado que a classe social baixa determina a perda dentária por razões biológicas (cárie, doença periodontal), pois para esses indivíduos não há recursos para que a saúde seja restabelecida, perdem mais dentes por cárie e apresentam maior número de dentes perdidos^{3,11}, o que não ocorre para indivíduos de classe social elevada, onde a indicação para exodontia pode ser revertida tanto para tratamentos restauradores como os protéticos.

Para 59 indivíduos, sendo dezenove provenientes de serviço privado e quarenta de serviço público, não foi possível a categorização segundo a classe social. Estes pacientes foram considerados não classificáveis por não apresentarem atividade remunerada para que fossem incluídos nos processos de produção, sendo exemplos estudantes e donas-de-casa. A classificação social adotada apresenta algumas limitações quanto a este aspecto, mas Lombardi *et al*⁸, ao comparar esta classificação com a desenvolvida por Barros¹⁶, demonstraram vantagens no que diz respeito a não superestimar a classe do subproletariado.

A maioria dos pacientes que participaram desta pesquisa tinham registro CPO-D entre onze a vinte dentes. Na faixa que apresentou CPO-D de zero a dez dentes, houve maior porcentagem de pacientes que não puderam ser classificados. Para a faixa entre onze a vinte dentes, a maior porcentagem foi observada na classe do proletariado típico; já para a faixa acima de vinte dentes no registro CPO-D, a burguesia apresentou apenas um paciente que ficou inserido nessa categoria, seguido pela classe da nova pequena burguesia.

A classe social teve influência significativa na determinação das razões clínicas das perdas dentárias da população avaliada na cidade de Maceió, sendo que as classes que formaram o G1 (burguesia, nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional) tiveram menos perda por cárie e mais por outras razões (trauma, pericoronarite, indicações ortodônticas e protéticas, pedido do paciente e outras).

Os estudos epidemiológicos que evidenciam as razões das extrações dentárias devem adotar os critérios de determinação de classe social para que seja determinada a influência desta na razão clínica que leva os dentes a serem extraídos.

Colaboradores

R Cimões trabalhou em todas as fases do estudo desde a coleta de dados até a elaboração do artigo. AF Caldas Júnior trabalhou no delineamento da metodologia e análise dos dados. EHA Souza trabalhou no delineamento da metodologia. ES Gusmão trabalhou na concepção e na redação final do artigo.

Agradecimentos

Esta pesquisa foi apoiada pela CAPES, Brasil.

Referências

1. Solla JJSP. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(2):207-216.
2. Solla JJSP. Diferenças nas propostas de operacionalização do conceito de classe social empregadas em estudos epidemiológicos. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(3):329-337.
3. Guimarães MM, Marcos B. Expectativa de perda de dente em diferentes classes sociais. *Rev CROMG* 1996; 2(1):16-20.
4. Bailit HL, Braun R, Maryniuk GA, Camp P. Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults? *J Am Dent Assoc* 1987; 114(1):40-45.
5. Chestnutt IG, Binnie VI, Taylor MM. Reasons for tooth extraction in Scotland. *J Dent* 2000; 28:295-297.
6. Angelillo IF, Nobile CGA, Pavia M. Survey of reasons for extraction of permanent teeth in Italy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:336-340.
7. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ *et al*. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2001; 80(2):408-415.
8. Lombardi C, Bronfman M, Facchini LA, Victora CG, Barros FC, Béria JU *et al*. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev. Saúde Pública* 1988; 22(4):253-265.
9. Kay EJ, Blinkhorn AS. The reasons underlying the extraction of teeth in Scotland. *Br Dent J* 1986; 160:287-290.
10. Caldas Jr. AF, Marcenes W, Sheiham A. Reasons for tooth extraction in a Brazilian population. *Int Dent J* 2000; 50: 67-273.
11. Guimarães MM, Marcos B. Perda de dente relacionada a razões clínicas segundo a classe social. *Rev CROMG* 1995; 1(2):54-61.
12. Gubeissi Filho W, Silva CF, Jorge WA. Avaliação clínica das indicações das exodontias realizadas durante o 4º ano letivo do curso de graduação em Odontologia. *Rev Inst ci Saude* 1995; 13(1):11-15.
13. Jovino-Silveira RC, Souza EHA, Caldas Júnior AF. Razões para extração de dentes permanentes. *Odontol Clin Cient* 2002; 1(3):207-210.
14. Leite O, Marcos B, Mendes EV. Ocorrência das exodontias em função da cárie, doença periodontal, indicação protética e outras causas, em Belo Horizonte - Brasil. *Arq Cent Est Fac Odontol MG* 1975; 12(1/2): 7-30.
15. Machado FA, Godoy HA, Terra AJS, Marzola C. Principais causas das exodontias no município de Campo Grande, MT. *Arq Cent Est Fac Odontol MG* 1973; 10(1/2):129-151.
16. Barros MBA. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Rev. Saúde Pública* 1986; 20:269-273.

Artigo apresentado em 27/03/2006

Artigo aprovado em 13/09/2006

Versão final apresentada em 04/10/2006