

# CÁRIE DENTÁRIA RELACIONADA AO NÍVEL SOCIOECONÔMICO EM ESCOLARES DE ARARAQUARA\*

Marcoeli Silva de MOURA\*\*

Lourdes Aparecida Martins dos SANTOS-PINTO\*\*\*

Elisa Maria Aparecida GIRO\*\*\*

Rita de Cássia Loiola CORDEIRO\*\*\*

- **RESUMO:** A relação entre experiência de cárie e classe social tem sido amplamente relatada em vários países; entretanto, poucos estudos estão disponíveis no Brasil. Na tentativa de contribuir com este tema, avaliou-se a prevalência de cárie em 120 crianças de escola pública e 120 de escola particular de Araraquara, SP, na faixa etária de 6 a 11 anos, de ambos os sexos, por meio dos índices CEOD, CEOS, CPOD, CPOS e seus componentes. Na idade de 6 anos, as crianças da escola pública apresentaram um CEOD médio (6,30) maior que as da escola particular (1,90) ( $p < 0,05$ ) e, em cada uma das demais idades, ele foi estatisticamente igual para ambas as escolas ( $p > 0,05$ ). Nas idades de 6, 7 e 10 anos, as crianças da escola pública apresentaram um número médio de CEOS (10,95; 9,70 e 9,55, respectivamente) estatisticamente maior que as da escola particular (2,55; 5,15 e 4,25), enquanto nas idades de 8, 9 e 11 anos este número médio foi estatisticamente igual. Os índices CPOD e CPOS médios nas crianças da escola pública foram estatisticamente maiores que os da escola particular em todas as faixas etárias ( $p < 0,05$ ). A partir destes dados, nós pudemos concluir que as crianças de nível socioeconômico mais alto apresentaram menos lesões de cárie e o número de crianças livres da doença foi maior na escola particular que na pública.
- **PALAVRAS-CHAVE:** Cárie dentária, epidemiologia.

## Introdução

A relação entre experiência de cárie e classe social tem sido amplamente relatada em vários países;<sup>4</sup> entretanto, poucos estudos estão disponíveis no Brasil. A maioria

---

\* Trabalho financiado pelo CNPq – Processo n.820.386/92-8.

\*\* Aluna de Pós-Graduação em nível de Mestrado, área de Odontopediatria – Faculdade de Odontologia – UNESP – 14801-903 – Araraquara – SP.

\*\*\* Departamento de Clínica Infantil – Faculdade de Odontologia – UNESP – 14801-903 – Araraquara – SP.

dos trabalhos mostra que, em países em desenvolvimento, crianças pertencentes a classes sociais mais altas têm maior experiência de cárie. Isto, possivelmente, devido a um maior acesso a guloseimas à base de açúcar. No Brasil, entretanto, esta associação pode não ocorrer, visto ser este um dos maiores produtores mundiais de derivados da cana-de-açúcar, tornando-os acessíveis à maioria da população.

Em países industrializados, onde já foram implantados programas preventivos e os serviços odontológicos abrangem a maioria da população, as dificuldades impostas pela condição socioeconômica não influenciam tão marcantemente esta relação.<sup>2, 4, 11, 14</sup>

Estudos mais recentes mostram que, com o uso difundido de aplicações tópicas de flúor, principalmente na forma de dentifrícios, não há diferenças acentuadas de prevalência de cárie em áreas fluoretadas ou não, independentemente do nível socioeconômico.<sup>6</sup>

Sendo a cárie dentária uma doença de caráter multifatorial, as variações na sua prevalência em diferentes grupos socioeconômicos podem ser explicadas pelos hábitos de saúde bucal, como o consumo de açúcar, uso do flúor e higiene bucal. Além disso, o acesso da população a serviços odontológicos tem sido considerado um fator importante para o nível de saúde bucal da população. No Brasil, crianças de níveis socioeconômicos mais baixos recebem cuidados irregulares dos serviços odontológicos escolares, na maioria das vezes, emergenciais. Por outro lado, a maior parte das crianças de classes sociais privilegiadas faz consultas periódicas e tratamento pelo sistema privado.<sup>3</sup>

A proposta deste trabalho foi avaliar a prevalência de cárie relacionada ao nível socioeconômico em crianças de escolas pública e particular de Araraquara, na faixa etária de 6 a 11 anos, por meio dos índices CEOD, CEOS, CPOD, CPOS e seus componentes.

## **Material e método**

O estudo foi realizado em 1993, na área urbana de Araraquara, uma cidade com água fluoretada há mais de 20 anos.

A amostra utilizada foi obtida das redes de ensino pública e particular. Para a seleção de crianças com acentuada diferença de nível socioeconômico, foi escolhida uma escola pública, situada em um bairro com renda familiar média de um salário mínimo. As crianças de alta renda foram selecionadas de uma escola particular, cuja taxa de ensino era equivalente a um salário mínimo mensal e situada em área nobre da cidade.

Foram examinadas 120 crianças de cada escola (total 240), com idades entre 6 e 11 anos, distribuídas em igual número em seis faixas etárias. Crianças com aparelhos ortodônticos foram excluídas.

Antes da realização do exame, as crianças fizeram uma escovação supervisionada; todas foram avaliadas pelo mesmo examinador, devidamente calibrado, por meio de exame visual, auxiliado por espelho bucal plano e sonda exploradora romba. Nenhuma radiografia foi tomada e os dentes foram secos com gaze. Os exames foram realizados na própria escola, onde uma cadeira convencional foi colocada próxima a uma fonte de luz natural, sendo a cabeça da criança suportada pelo examinador.

Foram utilizados os índices CEO e CPO como medida de prevalência de cárie, de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, para dentes decíduos e permanentes, sendo CEOD e CPOD para a unidade dente, e CEOS e CPOS para a unidade superfície. Dentes selados foram considerados hígidos.

A análise estatística foi realizada com o auxílio do teste t-Student e nível de significância 0,05.

## Resultado

Os resultados referentes ao CEOD, CEOS, CPOD e CPOS estão distribuídos nas Tabelas de 1 a 4, respectivamente.

Tabela 1 – Média e desvio padrão para o CEOD e valores t-Student e p para as comparações entre escolas em cada idade

Idade	Escola	Cariados				Obturados				CEOD			
		Méd.	DP	to	p	Méd.	DP	to	p	Méd.	DP	to	p
6	Públ.	4,25	2,63	6,56*	0,00	1,80	2,31	0,42^	0,68	6,30	3,51	4,43*	0,00
6	Part.	0,30	0,57			1,60	2,21			1,90	2,62		
7	Públ.	2,60	2,26	2,58*	0,01	2,15	2,01	0,14^	0,89	4,95	2,84	1,79^	0,70
7	Part.	1,10	1,24			2,25	2,59			3,35	2,80		
8	Públ.	3,40	2,66	4,20*	0,00	1,35	1,75	2,08*	0,04	4,85	3,20	1,23^	0,22
8	Part.	0,70	1,08			2,80	2,57			3,65	2,95		
9	Públ.	2,05	1,79	4,50*	0,00	0,10	0,31	2,91*	0,01	2,45	2,37	0,11^	0,90
9	Part.	0,20	0,41			2,10	3,06			2,40	3,12		
10	Públ.	3,15	2,80	4,31*	0,00	0,30	0,57	3,36*	0,00	3,95	3,13	1,75^	0,80
10	Part.	0,25	1,12			1,85	1,98			2,30	2,61		
11	Públ.	0,80	1,36	2,43*	0,02	0,10	0,31	1,94^	0,06	1,40	2,19	0,66^	0,50
11	Part.	0,05	0,22			1,45	3,10						

\* = Valor significativo; ^ = valor não significativo.

Tabela 2 – Média e desvio padrão para o CEOS e valores t-Student e p para as comparações entre as escolas em cada idade

Idade	Escola	Cariados				Obturados				CEOD			
		Méd.	DP	to	p	Méd.	DP	to	p	Méd.	DP	to	p
6	Públ.	6,10	4,56	5,57*	0,00	3,60	5,21	0,92^	0,36	10,95	7,84	4,40*	0,00
6	Part.	0,35	0,67			2,20	3,49			2,55	3,45		
7	Públ.	5,15	5,50	2,67*	0,01	3,55	3,87	0,08^	0,93	9,70	6,86	2,60*	0,01
7	Part.	1,70	1,78			3,45	3,83			5,15	4,43		
8	Públ.	5,30	4,41	3,73*	0,00	2,35	2,99	1,67^	0,10	8,15	5,98	0,71^	0,48
8	Part.	1,30	1,86			4,65	5,35			6,70	5,91		
9	Públ.	3,70	4,05	3,70*	0,00	0,15	0,49	2,53*	0,02	5,35	6,58	0,66^	0,51
9	Part.	0,30	0,65			3,25	5,46			4,05	5,78		
10	Públ.	6,60	5,86	4,76*	0,00	0,45	0,99	3,33*	0,00	9,55	8,31	2,34*	0,02
10	Part.	0,25	1,12			3,00	3,28			4,25	5,79		
11	Públ.	1,00	1,78	2,37*	0,02	0,40	1,05	1,43^	0,16	3,90	7,89	1,03^	0,31
11	Part.	0,05	0,22			1,45	3,10			1,90	3,46		

\* = Valor significante; ^ = valor não significante.

Tabela 3 – Média e desvio padrão para o CPOD e valores t-Student e p para as comparações entre as escolas em cada idade

Idade	Escola	Cariados				Obturados				CEOD			
		Méd.	DP	to	p	Méd.	DP	to	p	Méd.	DP	to	p
6	Públ.	1,90	1,55	5,08*	0,00	0,05	0,22	0,00^	1,00	1,95	1,57	5,15*	0,00
6	Part.	0,10	0,31			0,05	0,22			0,15	1,13		
7	Públ.	2,10	1,71	2,88*	0,01	0,15	0,49	0,31^	0,76	2,25	1,74	2,75*	0,01
7	Part.	0,65	1,46			0,20	0,52			0,85	1,46		
8	Públ.	2,45	1,47	4,52*	0,00	0,20	0,61	1,30^	0,20	2,65	1,53	3,02*	0,00
8	Part.	0,60	1,09			0,60	1,23			1,20	1,51		
9	Públ.	3,30	2,20	5,72*	0,00	0,10	0,45	1,73^	0,09	3,40	2,32	3,69*	0,00
9	Part.	0,25	0,91			0,75	1,62			1,00	1,75		
10	Públ.	4,50	2,87	6,33*	0,00	0,55	1,28	1,36^	0,18	5,05	2,94	4,75*	0,00
10	Part.	0,30	0,73			1,15	1,49			1,45	1,67		
11	Públ.	3,90	3,29	4,39*	0,00	1,10	1,74	0,10^	0,92	5,00	2,75	4,84*	0,00
11	Part.	0,45	1,23			1,05	1,39			1,50	1,70		

\* = Valor significante; ^ = valor não significante.

Tabela 4 – Média e desvio padrão para o CPOS e valores t-Student e p para as comparações entre as escolas em cada idade

Idade	Escola	Cariados				Obturados				CEOD			
		Méd.	DP	to	p	Méd.	DP	to	p	Méd.	DP	to	p
6	Públ.	2,35	2,13	4,76*	00,0	0,05	0,22	-	-	2,40	2,14	4,76*	0,00
6	Part.	0,10	0,31			-	-			0,10	0,31		
7	Públ.	2,85	2,74	2,77*	0,01	0,15	0,49	0,71^	0,48	3,00	2,75	2,54*	0,01
7	Part.	2,80	1,85			0,30	0,80			1,10	1,89		
8	Públ.	3,20	2,28	4,11*	0,00	0,35	0,99	1,11^	0,27	3,55	2,46	2,69*	0,01
8	Part.	0,75	1,37			0,85	1,76			1,60	2,29		
9	Públ.	5,45	4,49	5,08*	0,00	0,15	0,67	1,68^	0,10	5,60	4,83	3,26*	0,00
9	Part.	0,25	0,91			1,25	2,84			1,50	2,87		
10	Públ.	6,95	4,27	6,71*	0,00	0,75	1,89	1,18^	0,24	7,70	4,17	5,19*	0,00
10	Part.	0,40	0,88			1,55	2,37			1,95	2,68		
11	Públ.	5,75	4,70	4,69*	0,00	2,20	3,76	0,82^	0,42	7,95	5,26	4,34*	0,00
11	Part.	0,55	1,57			1,40	2,23			1,95	2,58		

\* = Valor significante; ^ = valor não significante.

A Tabela 5 mostra a distribuição percentual referente ao número de crianças livres de cárie por faixa etária, nas duas escolas estudadas. A Tabela 6 mostra a distribuição percentual da situação do primeiro molar permanente.

Tabela 5 – Distribuição percentual do número de crianças livres de cárie por faixa etária nas duas escolas estudadas

Escola	Idade						Total
	6	7	8	9	10	11	
Pública	0	10	5	5	5	5	5
Particular	40	25	15	30	20	25	26

Tabela 6 – Distribuição percentual da situação do primeiro molar permanente nas duas escolas estudadas

Situação	Idade											
	6		7		8		9		10		11	
	Escola											
	Públ.	Part.	Públ.	Part.	Públ.	Part.	Públ.	Part.	Públ.	Part.	Públ.	Part.
Hígido	38,8	66,2	42,5	73,7	33,7	71,2	31,2	76,2	8,7	65,0	16,2	62,5
Cariado	1,2	2,5	52,5	16,2	61,2	13,7	68,7	1,2	78,7	6,2	60,0	-
Obturado	46,2	-	3,7	5,0	5,0	15,0	-	22,5	12,5	28,7	23,7	37,5
Ausente	13,8	31,2	1,2	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-

## Discussão

De uma maneira geral, os estudos relacionados com as diferenças entre classes sociais procuram determinar critérios no momento da divisão dos grupos, entre estes: profissão, rendimento ou instrução. Os critérios adotados neste trabalho para a separação em dois níveis sociais foram o tipo de escola (pública ou particular) e sua localização. Há muita controvérsia quanto à arbitrariedade destes critérios, atestando que as razões que levam indivíduos a ocuparem diferentes posições na estrutura da sociedade exigem a não-fixação de um único critério de hierarquização social.<sup>9</sup> Entretanto, com o agravamento da crise econômica no país, somente famílias com alto poder aquisitivo têm condições financeiras de matricular seus filhos em escolas particulares, podendo este ser um critério para diferenciar crianças de distintas classes sociais.

Das Tabelas 1 a 4 não constam os componentes "extraídos" e "extração indicada", pelo fato de não se ter observado dente extraído na amostra estudada, enquanto a "extração indicada" ocorreu apenas na dentição decídua, sendo 0,3 em média para escola pública e 0,1 para escola particular para a unidade dente. Em um trabalho realizado em Porto Alegre, Witt<sup>22</sup> examinou crianças de 12 anos de idade de escolas públicas e particulares, observando a presença de 3,6% de primeiros molares permanentes extraídos na primeira.

Pela análise da Tabela 1, verificou-se que, na idade de 6 anos, os alunos da escola pública apresentaram um CEOD médio maior (6,30) que os da escola particular (1,90) e em cada uma das demais idades foi estatisticamente igual para ambas as escolas. Estudos realizados em países desenvolvidos mostraram que não há diferenças significantes entre o CEOD de crianças de diferentes níveis socioeconômicos.<sup>4,5,18</sup> Por outro lado, trabalhos realizados em países em desenvolvimento mostraram tanto uma maior experiência de cárie em crianças mais pobres<sup>8,13</sup> como o inverso, ou seja, CEOD maior em crianças de nível socioeconômico privilegiado.<sup>1</sup>

Comparando os resultados deste estudo, referente ao CEO, na faixa etária de 6 anos, com um estudo realizado por González et al.<sup>10</sup> em Bauru, no ano de 1986, observou-se que o CEOD para crianças de nível socioeconômico médio alto (6,0) é muito próximo ao encontrado em crianças de baixo nível socioeconômico (6,30) em Araraquara.

Ao analisar o componente "cariado" do CEOD em cada faixa etária estudada, observou-se que a média de dentes decíduos cariados foi maior para crianças da escola pública. Estes achados estão de acordo com Castaldi et al.,<sup>5</sup> que examinaram crianças de 6 a 12 anos e observaram CEOD estatisticamente igual para crianças com níveis sociais diferentes, sendo o número de dentes cariados maior nas classes sociais mais baixas. Entretanto, Carmichael et al.<sup>4</sup> não observaram diferenças significantes no número de dentes cariados entre níveis socioeconômicos diferentes.

Observa-se também na Tabela 1 que, nas idades de 8, 9 e 10 anos, o número médio de dentes decíduos obturados foi maior entre as crianças da escola particular; nas de 6, 7 e 11 anos este número foi estatisticamente igual para ambas as escolas. Provavelmente, na faixa etária de 11 anos esta diferença não se tenha mantido em virtude da esfoliação dos dentes decíduos. Castaldi et al.<sup>5</sup> e Carmichael et al.<sup>4</sup> observaram um maior número de dentes obturados nas classes sociais mais altas. No presente trabalho, houve uma tendência para um maior número de dentes obturados em crianças de nível socioeconômico mais alto, sendo esta estatisticamente significativa apenas para as idades acima citadas.

Pela análise da Tabela 2, observa-se que, para as idades de 6, 7 e 10 anos, as crianças da escola pública apresentaram um CEOS médio maior que o das crianças da escola particular, enquanto nas idades de 8, 9 e 11 anos este número médio foi estatisticamente igual. Os resultados observados na faixa etária de 6 anos podem ser comparados aos de Evans et al.,<sup>8</sup> que, como neste trabalho, observaram um CEOS maior em crianças pobres (7,2) que nas ricas (4,6). González et al.<sup>10</sup> observaram CEOS de 12,7 para crianças de nível médio-alto em Bauru, valor próximo ao encontrado neste trabalho para crianças de baixo nível socioeconômico (10,95). Comparando as Tabelas 1 e 2, observa-se que os valores do CEOD nas idades de 7 e 10 anos eram estatisticamente iguais; entretanto, quando os dados são analisados de acordo com o índice CEOS, diferenças discretas entre os grupos tornaram-se evidentes, corroborando a idéia geral de que o CEOS é uma medida mais sensível para a experiência de cárie que o CEOD.<sup>22</sup>

A análise do componente cariado do índice CEOS revelou que as crianças da escola pública tiveram um número médio de superfícies cariadas maior que as crianças da escola particular em todas as faixas etárias examinadas (similar ao que foi observado no CEOD). Já para o componente obturado, as crianças da escola particular apresentaram um número médio de superfícies deciduas obturadas maior que as crianças da escola pública nas faixas etárias de 9 e 10 anos e nas demais idades este número foi estatisticamente igual.

Comparando as Tabelas 1 e 2, observa-se discordância entre os índices CEOD e CEOS apenas na faixa etária de 8 anos, que ocorreu provavelmente porque, avaliando-se o número de dentes obturados nas duas escolas, ele foi estatisticamente maior na escola particular; entretanto, quando se avaliou o número de superfícies, a diferença não foi significativa, pois quando na escola particular um dente obturado correspondia a praticamente uma superfície obturada, na escola pública este valor era de 1:2.

Pela análise das Tabelas 3 e 4, observa-se que os valores médios do CPOD, CPOS e dos componentes dentes/superfícies permanentes cariados(as) foram maiores para as crianças da escola pública e que os componentes dentes/superfícies obturados(as) foram estatisticamente iguais para ambas as escolas em todas as faixas etárias. Há uma grande divergência entre os trabalhos na literatura, existem relatos de igual experiência de cárie entre diferentes níveis socioeconômicos;<sup>2,14,19,22</sup> entretanto, a maioria destes trabalhos foi realizada em países desenvolvidos, onde os programas preventivos atingem grande parte da população. Foi também relatado maior índice de cárie em classes sociais mais baixas,<sup>5,6</sup> o que está de acordo com os resultados do presente estudo. E, ainda, alguns observaram maior índice de cárie entre classes sociais mais altas.<sup>1,13,15</sup> Estes trabalhos, em sua maioria, foram realizados em países em desenvolvimento, onde o acesso a guloseimas à base de açúcar está restrito a crianças de nível socioeconômico mais alto.

O Ministério da Saúde, por meio de um levantamento epidemiológico em saúde bucal em todo o Brasil, avaliando crianças de 6 a 12 anos, observou que são estatisticamente significantes as diferenças que separam os estratos de renda mais baixos (1 a 2 salários mínimos) dos mais altos (5 salários mínimos ou mais), sendo pior a situação encontrada nas pessoas de menor renda (CPOD = 7,0) comparado com as de alta renda (CPOD = 5,9).<sup>3</sup> Entretanto, dados epidemiológicos sobre a prevalência de cárie dental, em âmbito nacional, têm demonstrado diferenças pouco significativas e, por vezes, a inexistência de diferenças entre pessoas e comunidades de distintos níveis de renda, indicando que, diante de condições ecológicas e costumes alimentares semelhantes, as variações no nível de renda parecem não condicionar de maneira predominante os níveis de cárie dental. A distinção ocorre principalmente quanto ao acesso ao tratamento odontológico, fazendo que dentes tratados pesem mais no CPO dos grupos de média e alta rendas.<sup>16</sup>

Os resultados deste estudo estão também de acordo com o trabalho de Vertuan,<sup>21</sup> que examinou crianças de diversos níveis socioeconômicos em Araraquara em 1973 e observou uma diferença estatisticamente significativa entre o CPOD de crianças de níveis sociais distintos, sendo maior para crianças de classes sociais mais baixas que as de altas; entretanto, esses resultados não corroboram com os achados de Witt,<sup>22</sup> que realizou seu trabalho em Porto Alegre, não observando diferenças no CPOD de crianças de escolas públicas e particulares.

Ao analisar o índice CPOS, Witt<sup>22</sup> observou diferenças entre as duas escolas, havendo um maior número de superfícies cariadas nas crianças da escola pública (1,7) que nas da particular (0,1) e mais superfícies obturadas nas crianças da escola



particular (3,5) que nas da pública (2,5). A observação de mais dentes cariados e perdidos em crianças pobres e mais dentes obturados em crianças ricas foi relatada em diversos estudos,<sup>6,8,14,22</sup> refletindo o diferente cuidado dental recebido. Quanto ao componenteariado, os resultados se assemelham ao deste trabalho, mas o componente obturado foi estatisticamente igual no presente estudo para ambas as escolas, o que pode ser explicado pelo fato de a maioria das crianças receberem tratamento dentário em suas escolas.

Pela análise da Tabela 5, observa-se que o percentual de crianças livres de cárie foi sempre maior nas crianças da escola particular e está muito abaixo do encontrado por Adenubi,<sup>1</sup> Ojofeitimi et al.<sup>15</sup> e Zadik et al.<sup>23</sup> em estudos realizados em países em desenvolvimento na África, onde o número de crianças sem cárie é de no mínimo 50%, independentemente do nível socioeconômico. Os resultados deste trabalho são diferentes dos encontrados por Vertuan,<sup>21</sup> em que este percentual em classes sociais mais baixas era de 15,9% e na classe alta, de 38%.

A Tabela 6 mostra a situação do primeiro molar permanente – o dente de maior susceptibilidade à cárie dentária – nas crianças das duas escolas. Para McDonald & Avery,<sup>12</sup> a integridade deste dente serve para verificar “o nível de saúde dentária da comunidade e o sucesso do dentista local”. O número de primeiros molares hígidos foi o dobro na escola particular em relação à pública nas faixas etárias de 6 a 9 anos, já nas de 10 e 11 anos esse número foi quatro vezes maior. Não foi observado o componente extraído, ao contrário dos trabalhos de Witt<sup>22</sup> (3,6% da amostra) e Tolendal & Leite<sup>20</sup> (9,6%).

Ao contrário de outros estudos realizados em países em desenvolvimento, onde crianças de melhor nível socioeconômico têm maior índice de cárie que crianças pobres, este trabalho mostrou uma experiência de cárie menor em crianças de nível socioeconômico alto. Uma das razões freqüentemente relatadas para explicar diferenças de cárie entre níveis socioeconômicos é o consumo de açúcar. No Brasil, o açúcar e seus derivados são de baixo custo, e não é conhecido se o seu consumo difere entre os níveis socioeconômicos.<sup>22</sup> Um fator que explica a diminuição da cárie em todo o mundo e que pode justificar esta situação é o uso difundido de dentifrícios fluoretados.<sup>6,7,17</sup> As crianças da escola particular relataram, em sua maioria, escovar os dentes três vezes ao dia, o que não foi observado na escola pública. Apesar de a técnica de escovação não ser muitas vezes bem executada, o que é uma tarefa difícil e requer tempo e habilidade manual, o íon F está constantemente no meio bucal.

## Conclusão

- As crianças de nível socioeconômico mais alto apresentaram menos lesões de cárie que as de nível socioeconômico mais baixo.
- O número de crianças livres de cárie foi maior na escola particular que na pública.

## Agradecimento

Às escolas "Olga Ferraz de Campos" e "Diálogo", onde foram realizadas a coleta de dados.

MOURA, M. S. de et al. Dental caries related to socio-economic background in Araraquara schoolchildren. *Rev. Odontol. UNESP (São Paulo)*, v.25, n.1, p.97-107, 1996.

- **ABSTRACT:** *The relationship between caries experience and social status has been widely reported in many countries; however, little information is available in Brazil. In an attempt to contribute to this matter, the prevalence of dental caries by a clinical examination among private (120) and public (120) children school, aged 6-11 years, of both sexes in Araraquara, SP, using DMFT, DMFS, DMFT and DMFS scores and components. The children of public school aged 6 years had higher DMFT score (6.30) than private school (1.90) ( $p < 05$ ) and in other ages, there was no statistical differences ( $p > 05$ ). The children of public school aged 6, 7 and 10 years had higher DMFS scores (10.95, 9.70 and 9.55, respectively) than private school (2.55, 5.15 and 4.25), however in ages 8, 9 and 11 this value was similar for both groups. The DMFT and DMFS scores of schoolchildren in public school were statistically higher than private school in all ages ( $p < 05$ ). Hence we concluded that children of high socio-economic level had less caries prevalence and the number of children caries-free was higher in private school.*
- **KEYWORDS:** *Dental caries, epidemiology.*

## Referências bibliográficas

- 1 ADENUBI, J. O. Caries experience of 8-year-old Nigerian schoolchildren. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.12, p.343-8, 1984.
- 2 BEDI, R. Dental caries and socio-economic status in 12-year-old schoolchildren resident in Hong Kong. *Community Dent. Health*, v.5, p.163-8, 1988.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 137p.
- 4 CARMICHAEL, C. L. et al. The effect of fluoridation upon the relationship between caries experience and social class in a 5-year-old children in a Newcastle and Northumberland. *Br. Dent. J.*, v.149, p.163-7, 1980.
- 5 CASTALDI, C. R., QUIGLEY, W., ZACKERL, W. Fluoridation, dental health and socio-economic level. *J. Dent. Res.*, v.40, p.726, 1961. (Abstract 240).
- 6 COLQUHOUN, J. Influence of social class and fluoridation on child dental health. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.13, p.37-41, 1985.
- 7 CURY, J. A. *Cariologia: uso do flúor (fita cassete)*. São Paulo: Anakol Ind. e Com. Ltda., 1993.
- 8 EVANS, R. W. et al. Relationship between fluoridation and socioeconomic status on dental caries experience in 5-year-old New Zealand children. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.12, p.5-9, 1984.
- 9 FERRANTE, V. L. S. B., VERTUAN, V., TOLEDO, B. E. C. Um modelo de análise socio-econômica: construção e resultados obtidos. *Rev. Saúde Pública*, v.10, p.177-90, 1976.

- 10 GONZÁLEZ, R. E. F. et al. Características epidemiológicas da prevalência de cárie dentária na dentição decidua, em pacientes de nível socioeconômico médio-alto. *Rev. Paul. Odontol.*, v.8, n.1, p.2-6, 1986.
- 11 HAUSEN, H. et al. Caries in primary dentition and social class in high and low fluoride areas. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.10, p.33-6, 1982.
- 12 McDONALD, R., AVERY, D. R. *Odontopediatria*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- 13 MANSBRIDGE, J. N. The influence of social and economic conditions on the prevalence of dental caries. *Arch. Oral Biol.*, v.1, p.241-53, 1959.
- 14 MURRAY, J. J. et al. The effect of residence and social class on dental caries experience in 15-16-year-old children living in three towns (natural fluoride, adjusted fluoride and low fluoride) in the north east of England. *Br. Dent. J.*, v.171, p.319-22, 1991.
- 15 OJOFEITIMI, E. O. et al. Effect of a cariogenic food exposure on a prevalence of dental caries among fee and non-fee paying Nigerian schoolchildren. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.12, p.274-7, 1984.
- 16 PINTO, V. G. *Saúde bucal: panorama internacional*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 257p
- 17 ROLLA, G., OGAARD, B., CRUZ, R. A. Clinical effect and mechanism of cariostatic action of fluoride – containing toothpaste: a review. *Int. Dent. J.*, v.41, p.171-4, 1991.
- 18 SAVARA, B. S., SUHER, T. Dental caries in children one to six years of age related to socio-economic level, food habits and toothbrushing. *J. Dent. Res.*, v.34, p.870-5, 1955.
- 19 SZWEJDA, L. F. Dental caries experience by race and socio-economic level after 11 years of water fluoridation in Charlotte, North Carolina. *Public Health Dent.*, v.22, p.91-8, 1962.
- 20 TOLENDAL, M. E., LEITE, I. C. G. Índice de mortalidade do primeiro molar permanente. *Rev. Odontoped.*, v.2, p.195-201, 1993.
- 21 VERTUAN, V. *Contribuição ao estudo da prevalência de cárie, doença periodontal e higiene oral em escolares de diferentes classes sociais*. Relações com raça, sexo e idade. Araraquara, 1973. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.
- 22 WITT, M. C. R. Pattern of caries experience in a 12-year-old Brazilian population related to a socio-economic background. *Acta Odontol. Scand.*, v.50, p.25-30, 1992.
- 23 ZADIK, D. et al. Trends in the prevalence of dental caries in Israel. *J. Dent. Child.*, v.52, p.464-6, 1991.