

Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil

Sandra Katsue Guiotoku,¹ Simone Tetu Moysés,¹ Samuel Jorge Moysés,¹
Beatriz Helena Sottile França¹ e Júlio Cezar Bisinelli¹

Como citar Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):135-41.

RESUMO

Objetivo. Identificar iniquidades raciais em saúde bucal entre grupos de pessoas adultas autodeclaradas como brancas, pretas ou pardas no Brasil.

Métodos. Foram utilizados dados secundários obtidos da base de dados da pesquisa nacional sobre a condição de saúde bucal da população brasileira (SB Brasil 2002–2003). Inicialmente, foi realizado um estudo transversal para comparar as variáveis de desfecho cárie, perda dental, dor de origem dentária e necessidade de prótese por grupo de raça/cor para uma amostra de 12 811 adultos de ambos os sexos, na faixa etária de 35 a 44 anos. Na segunda etapa, realizou-se um estudo ecológico com dados agregados por estado brasileiro para contextualizar as iniquidades raciais para uma população de 6 918 negros, agregando pretos e pardos, analisando a correlação entre os desfechos em saúde bucal estudados na primeira fase e os indicadores de desenvolvimento humano e concentração de renda.

Resultados. Diferenças significativas foram observadas entre os grupos de raça/cor para todos os desfechos de saúde bucal analisados ($P < 0,01$). Foram encontradas correlações entre desfechos em saúde bucal e indicadores ligados ao perfil de desenvolvimento humano, renda média familiar e desigualdade de renda por estado brasileiro para o grupo de negros.

Conclusões. Os resultados evidenciaram iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil em todos os indicadores analisados (cárie, perda dentária, dor e necessidade de prótese), com maior vulnerabilidade da população negra (pretos e pardos) em relação aos brancos. Fatores contextuais relacionados ao perfil de desenvolvimento humano, à distribuição de renda e ao acesso a políticas de cuidado em saúde parecem ter papel essencial na caracterização da vulnerabilidade de grupos populacionais a agravos em saúde bucal.

Palavras-chave

Saúde bucal; desigualdades em saúde; adulto; grupos populacionais; fatores socioeconômicos; Brasil.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2009 (1) no Brasil estimou a população brasileira em 189 953 milhões de habitantes, sendo 96 milhões de pessoas de cor preta ou parda. O último censo demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstrou que 50,7% da população era composta por pessoas negras, auto-declaradas como pretas ou pardas (2). Apesar de numerosa, a população negra

brasileira encontra-se ainda hoje em estratos mais pobres e em crônica situação de iniquidade em relação à saúde (3). A desvantagem econômica e social, a assistência inadequada à saúde e as atitudes de discriminação contribuem para a iniquidade em saúde nessa população (4, 5).

Da mesma forma, as doenças bucais são também uma expressão da “biologia da desigualdade”: podem ser consideradas como a expressão biológica de fatores sociais colocados em uma hierarquia explicativa em termos de mecanismos causais, sequenciados do nível macro (sociedade) para o nível meso (indivíduo) e o nível micro (célula) (6). A dor e a perda

dentária, bem como outros agravos em saúde bucal em adultos, têm sido associadas a fatores como educação, renda e grupo racial (7–9). A condição bucal, portanto, pode expressar uma história vivida. Indivíduos pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade pouco estudada nos seus aspectos estruturais (10). Por isso, as iniquidades em saúde bucal são consideradas como um dos temas de pesquisa prioritários pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (11).

No Brasil, a evidência conhecida acerca das iniquidades em saúde bucal também

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curso de Odontologia, Curitiba (PR), Brasil. Correspondência: Sandra Katsue Guiotoku, skguiotoku@yahoo.com.br

aponta para a necessidade de mais estudos, com consequente proposição de intervenções em saúde (12). A condição de saúde bucal da população adulta brasileira evidenciada pelo Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal (SB Brasil) de 2003 (13) caracteriza-se pela expressiva perda dentária e necessidade de prótese. Apesar da grande demanda por serviços odontológicos, a população adulta vivencia limitação no acesso aos serviços, pelo alto custo dos tratamentos e pelo impeditivo horário de atendimento, especialmente nos serviços públicos, que coincide com o horário de trabalho da maioria dessa população (14). A dor e as extrações dentárias, que são uma consequência direta tanto dessa exclusão sistemática dos serviços como do modelo de atenção predominantemente mutilador, são desfechos que poderiam ser evitados (15, 16).

Este estudo objetivou caracterizar as iniquidades raciais em saúde bucal na população adulta brasileira com base nas informações epidemiológicas da pesquisa nacional SB Brasil 2002–2003 (13). As condições estudadas incluíram experiência de cárie, perda dentária, edentulismo anterior, experiência de dor de origem dentária e necessidade de prótese. Foi ainda conduzida uma análise contextual, correlacionando a condição de saúde bucal da população negra ao perfil econômico familiar, índice de desenvolvimento humano e desigualdade, em nível agregado, por estado brasileiro.

MÉTODOS

Para a realização deste estudo transversal, utilizaram-se dados secundários do levantamento nacional SB Brasil 2002–2003 (13), obtidos em base de dados pública disponibilizada na Internet (http://dab.saude.gov.br/CNSB/banco_dados.php). O SB Brasil utilizou a técnica de amostragem probabilística por conglomerados. Foram selecionados, por meio de sorteio, 250 municípios de diferentes portes populacionais em todos os estados do Brasil. A amostra foi calculada com precisão de 20%, confiança de 95% e efeito do desenho amostral = 2 para as macrorregiões brasileiras.

Foram examinados dados de 108 921 indivíduos de diferentes faixas etárias. Os adultos compreenderam a faixa etária de 35 a 44 anos, considerada padrão pela OMS (17) para avaliação das condições de saúde bucal em adultos.

O exame desse grupo populacional foi realizado no interior dos domicílios, por examinadores calibrados, sob iluminação natural, usando espátulas de madeira, espelho bucal e sonda periodontal. A classificação de raça/cor utilizou os dados de composição racial do IBGE (1), que classifica os grupos, conforme autodeclaração, como brancos, pardos, pretos, amarelos ou indígenas.

O objetivo da primeira etapa deste estudo transversal de base territorial foi verificar a existência de iniquidades em saúde bucal entre os grupos de pessoas autodeclaradas como brancas, pretas ou pardas. A amostra estudada constituiu-se de 12 811 adultos de ambos os sexos, na faixa etária de 35 a 44 anos, que participaram do SB Brasil 2002–2003 (13). Desses, 5 893 indivíduos se autodeclararam brancos, 1 231 se autodeclararam pretos e 5 687 se autodeclararam pardos. Os indígenas ou indivíduos que autodeclararam cor de pele amarela foram excluídos por não serem foco desta pesquisa.

As variáveis dependentes estudadas nesta etapa compreenderam experiência de cárie, perda dentária, edentulismo anterior, experiência de dor de origem dentária e necessidade de prótese. Foram variáveis contínuas a experiência anterior de cárie (índice de dentes cariados, perdidos e obturados, ou CPO-D) e a perda dentária (número de dentes perdidos). Para as condições de edentulismo anterior e dor de origem dentária, utilizaram-se variáveis dicotômicas (valores 0 = não, 1 = sim). Os valores originalmente registrados como “não informado” foram excluídos.

A variável “necessidade de prótese”, originalmente coletada como uma variável categórica para necessidade de prótese superior e inferior em separado, foi recodificada de forma agregada para ambos os arcos dentários como: 0 = sem necessidade; 1 = necessidade de prótese parcial; 2 = necessidade de prótese total. Os valores originalmente registrados como “sem informação” foram excluídos.

As variáveis independentes nesta etapa da pesquisa incluíram renda familiar média (em dólares americanos) e escolaridade (em anos de estudo), utilizadas como variáveis contínuas. Uma variável categórica foi recodificada para caracterizar o acesso a dentista, com os valores: 0 = nunca foi ao dentista; 1 = serviço público; 2 = outros serviços. Veri-

ficaram-se as associações entre variáveis dependentes e independentes estratificadas pela variável raça/cor utilizando a análise bivariada, por meio do teste do qui-quadrado (χ^2) para variáveis categóricas e do teste ANOVA para comparação das médias para variáveis contínuas, com nível de significância de $P < 0,01$.

A segunda etapa da pesquisa caracterizou-se como um estudo ecológico, com dados agregados por estado brasileiro, favorecendo a análise contextual dos resultados obtidos na primeira etapa, porém com foco no grupo de negros (pretos e pardos). A amostra foi composta por 6 918 negros. Apesar de o cálculo amostral no levantamento nacional ter considerado como referência as macrorregiões brasileiras, a agregação dos dados por estado nesta etapa da pesquisa foi considerada adequada, uma vez que não se pretendeu uma análise inferencial, mas sim uma análise de tendências de correlações entre indicadores de condições de vida e indicadores de situação de saúde nas unidades geopolíticas consideradas.

As variáveis dependentes estudadas nesta etapa incluíram média do CPO-D, número médio de dentes perdidos e prevalência de edentulismo anterior, dor de origem dentária e necessidade de prótese, agregadas por estado. As variáveis independentes compreenderam a renda média familiar, índice de desenvolvimento humano (IDH) e índice de Gini (IGini). O IDH, considerado como indicador do padrão de vida, é calculado a partir de informações sobre expectativa de vida ao nascer, educação e produto interno bruto *per capita*, podendo variar de 0 (menor desenvolvimento) a 1 (maior desenvolvimento) (18). O IGini (19) mede a desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar *per capita*, podendo variar de 0 (menor desigualdade) a 1 (maior desigualdade). Foram utilizados o IDH e o IGini específicos para o grupo de raça/cor negros por estado.

O teste de Spearman foi empregado para verificar as correlações entre as variáveis de desfecho e as variáveis independentes nesta etapa. O nível de significância considerado foi $P < 0,05$. O software utilizado para construção e análise do banco de dados neste estudo foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0 (20). O projeto de pesquisa original (Projeto SB Brasil 2002–2003) foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta o resumo das análises de associação entre variáveis estratificadas em relação aos desfechos em saúde bucal. Foram observadas diferenças significativas entre os grupos de raça/cor para todos os desfechos estudados. O CPO-D apresentou diferença significativa ($P < 0,01$) entre os grupos de raça/cor, embora a média por estrato tenha sido muito próxima. Nesse caso, os brancos apresentaram média CPO-D ligeiramente maior do que pretos e pardos, mas com significância estatística. Isso se explica pelo tamanho da amostra estudada, inclusive com estratos amostrais razoavelmente grandes, o que gerou intervalos de confiança bastante estreitos.

Em relação à perda dentária, os pardos apresentaram 1,4 mais dentes perdidos que os brancos, além de 6% a mais de edentulismo anterior, quando comparados aos brancos ($P < 0,01$). Isso justifica a necessidade de prótese total ser maior nos pardos, visto que o edentulismo anterior é um forte preditor do edentulismo total (perda de todos os dentes).

Diferenças significativas entre os grupos de raça/cor também foram observadas em relação a escolaridade ($P < 0,01$), renda familiar ($P < 0,01$) e acesso a dentista ($P < 0,01$). Os brancos relataram 1,7 ano a mais de estudo que os pretos, e 1,2 ano a mais que os pardos. Da mesma forma, os brancos apresentaram renda média que correspondia a quase o dobro dos pretos (US\$ 282,98 e US\$ 152,69, respectivamente). A maioria dos pretos (56,8%) e pardos (53,3%) relatou utili-

zar serviços públicos para tratamento odontológico.

Os dados apresentados na tabela 2 demonstram as variações entre os desfechos em saúde bucal analisados para a população negra, bem como o perfil de desenvolvimento humano, desigualdade de renda e renda média familiar por estado brasileiro. A análise contextual, realizada para o grupo de raça/cor negros, explicitou iniquidades dentro do mesmo grupo racial.

A maioria dos estados com mais baixo IDH e com os menores valores de renda média familiar ficavam nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Esses estados apresentaram os piores indicadores de saúde bucal para a população negra. A maior média de CPO-D (CPO-D = 23) e de dentes perdidos (18,5) foi observada no Estado do Acre.

A maior prevalência de necessidade de prótese foi observada no Amapá (94,7% da população negra). A experiência de dor de origem dentária foi maior no Distrito Federal (59,6%), e a segunda maior prevalência de dor foi em Roraima (56%). As maiores prevalências de edentulismo anterior na população negra ocorreram nos estados do Rio de Janeiro (71,4%) e São Paulo (65,8%), com o segundo IDH mais elevado do país (0,76). Foram observadas correlações entre desfechos em saúde bucal na população negra (perda dentária, edentulismo anterior, experiência de dor de origem dentária e necessidade de prótese) e indicadores ligados ao perfil de desenvolvimento humano e desigualdade de renda por estado brasileiro para o grupo de negros (tabela 3).

Correlação negativa foi encontrada entre o número médio de dentes perdidos na população negra e o IDH por estado ($P = 0,02$), significando que quanto maior o IDH, menor o número médio de dentes perdidos. O IDH explicou 19% da variação no número médio de dentes perdidos para o grupo de negros no Brasil. Uma correlação negativa também foi observada entre o IDH e a porcentagem da população com necessidade de prótese ($P < 0,01$). Quanto maior o IDH, menor a porcentagem da população negra com necessidade de prótese. Nesse caso, o IDH explicou 27% da variação na necessidade de prótese. Por outro lado, observou-se uma correlação positiva entre o IDH e a porcentagem da população com edentulismo anterior ($P = 0,04$). Isso indica uma tendência de maior edentulismo anterior à medida que aumenta o IDH.

O IGini esteve correlacionado positivamente com a prevalência de necessidade de prótese na população estudada, significando que, quanto maior a desigualdade, maior a porcentagem de negros com necessidade de algum tipo de prótese dentária. Por sua vez, a renda familiar média demonstrou forte correlação negativa com a perda dental ($P < 0,01$) e a necessidade de prótese ($P < 0,01$), além de correlação positiva com edentulismo anterior ($P = 0,03$).

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou iniquidades na experiência anterior de cárie, apesar da pequena diferença no índice CPO-D por grupo de raça/cor. Barbato

TABELA 1. Associações entre desfechos em saúde bucal e perfil sociodemográfico por grupo de raça/cor em população adulta, Brasil, 2003

Grupo de raça/cor	Pretos (n = 1 231)	Pardos (n = 5 687)	Branco (n = 5 893)	P
CPO-D ^a	19,2 (20,6 a 21,1)	20,0 (19,8 a 20,2)	20,4 (20,2 a 20,6)	< 0,01
Perda dentária (número de dentes) ^a	13,4 (12,9 a 13,9)	14,2 (14,0 a 14,4)	12,8 (12,6 a 13,1)	< 0,01
Edentulismo anterior ^b	543 (44,1)	2 750 (48,3)	2 492 (42,3)	< 0,01
Dor de origem dentária ^b	514 (41,7)	2 090 (36,7)	1 880 (31,9)	< 0,01
Necessidade de prótese				
Sem necessidade ^b	231 (18,8)	1 200 (21,1)	1 820 (30,9)	< 0,01
Prótese parcial ^b	942 (76,5)	4 100 (72,1)	3 860 (65,5)	< 0,01
Prótese total ^b	58 (4,7)	387 (6,8)	213 (3,6)	< 0,01
Escolaridade (anos de estudo) ^a	5,1 (5,3 a 4,9)	5,6 (5,4 a 5,7)	6,8 (6,7 a 6,9)	< 0,01
Renda familiar (US\$) ^{a,c}	152,69 (144,00 a 161,39)	173,15 (167,34 a 178,28)	282,9 (262,03 a 291,51)	< 0,01
Acesso a dentista				
Serviço público ^b	70 (56,8)	3 040 (53,3)	2 452 (41,6)	< 0,01
Outros serviços ^b	49 (39,6)	2 452 (43,1)	3 348 (56,8)	< 0,01

Fonte: SB Brasil 2003.

^a Média (intervalo de confiança de 95%).

^b Número de pessoas (%).

^c Valores ajustados pela taxa de câmbio: R\$ 1,00 = US\$ 2,90.

TABELA 2. Desfechos em saúde bucal na população negra e variáveis contextuais por estado ordenados por IDH, Brasil, 2003

Estado	CPO-D ^a (média)	Perda dentária (dentes perdidos) (média)	Edentulismo anterior (%)	Necessidade de prótese (%)	Dor de origem dentária (%)	IDH ^b (média)	IGini ^c (média)	Renda familiar média (US\$) ^d
Alagoas	19	13,2	51,2	86,4	42,2	0,61	0,63	160,10
Maranhão	17	12,3	63,0	82,6	37,5	0,62	0,61	225,99
Paraíba	21	15,8	41,4	83,5	33,0	0,62	0,59	163,84
Piauí	19	13,1	58,2	78,4	36,3	0,63	0,61	118,75
Sergipe	15	11,5	64,0	84,4	31,7	0,66	0,61	227,20
Ceará	20	15,0	48,6	76,7	39,4	0,67	0,62	164,73
Rio Grande do Norte	21	14,4	52,3	79,4	31,1	0,67	0,61	186,04
Pernambuco	19	15,1	44,0	78,3	30,8	0,67	0,61	140,17
Bahia	19	14,1	54,6	74,9	37,6	0,67	0,61	161,68
Acre	23	18,5	36,1	79,1	34,4	0,68	0,62	205,24
Tocantins	19	12,9	58,0	85,1	41,0	0,68	0,62	131,07
Amazonas	18	12,8	52,6	80,7	34,0	0,70	0,65	168,07
Pará	20	16,2	46,4	78,9	35,7	0,70	0,62	166,20
Rondônia	19	14,0	48,2	78,5	45,2	0,71	0,59	204,00
Minas Gerais	20	13,0	58,1	73,0	36,5	0,72	0,54	204,23
Espírito Santo	21	12,5	57,6	74,1	27,1	0,72	0,54	293,29
Paraná	21	14,9	48,5	66,1	29,3	0,72	0,50	278,01
Mato Grosso do Sul	19	12,0	56,9	73,9	28,2	0,73	0,54	240,94
Roraima	17	11,2	56,0	66,0	56,0	0,74	0,59	272,55
Amapá	18	13,8	54,7	94,7	24,0	0,74	0,62	201,47
Santa Catarina	22	14,0	54,0	72,7	33,3	0,74	0,51	323,63
Rio Grande do Sul	19	11,9	60,7	70,3	32,1	0,74	0,52	291,16
Mato Grosso	20	13,2	52,4	69,9	34,8	0,74	0,56	278,11
Goiás	20	12,5	60,7	76,0	36,3	0,74	0,55	249,10
Rio de Janeiro	17	9,6	71,4	64,3	43,4	0,76	0,52	386,55
São Paulo	20	11,3	65,8	63,7	37,8	0,76	0,49	243,37
Distrito Federal	19	12,6	59,6	90,4	59,6	0,80	0,60	207,65

Fonte: SB 2003 e Atlas de Desenvolvimento Humano 2000.

^a CPO-D = índice de dentes cariados, perdidos e obturados.

^b IDH = Índice de Desenvolvimento Humano.

^c IGini = Índice de Gini.

^d Valores ajustados pela taxa de câmbio: R\$ 1,00 = US\$ 2,90.

TABELA 3. Correlações entre desfechos em saúde bucal na população negra e variáveis contextuais por estado, Brasil, 2003

	CPO-D			Perda dental			Edentulismo anterior			Necessidade de prótese			Dor de origem dentária		
	r ^a	r ^{2b}	P	r ^a	r ^{2b}	P	r ^a	r ^{2b}	P	r ^a	r ^{2b}	P	r ^a	r ^{2b}	P
IDH ^c	0,02	0	0,9	-0,44	0,19	0,02	0,38	0,14	0,04	-0,52	0,27	<0,01	0,09	0	0,64
Índice de Gini	-0,3	0,09	0,12	0,38	0,14	0,48	-0,36	0,12	0,06	0,76	0,57	<0,01	0,12	0,01	0,54
Renda familiar	0,1	0,01	0,59	-0,51	0,26	<0,01	0,4	0,16	0,03	-0,62	0,38	<0,01	-0,13	0,01	0,5

Fonte: SB Brasil 2003 e Atlas de Desenvolvimento Humano 2005.

^a r = coeficiente de correlação.

^b r² = coeficiente de determinação.

^c IDH = Índice de Desenvolvimento Humano.

et al. (21), em pesquisa usando a mesma base de dados, relataram CPO-D médio de 20,4 para toda população brasileira de 35 a 44 anos. Em outra pesquisa, realizada em 1998, o CPO-D de adultos no Estado de São Paulo foi de 22,4, sendo que a perda dentária foi responsável pela metade do valor deste índice. Além disso, foram observadas taxas crescentes de perda dentária para negros e moradores de áreas sem água fluoretada (22).

O fato de, em nosso estudo, os brancos apresentarem média CPO-D ligeiramente maior do que pretos e pardos

pode estar refletindo a influência dos diversos componentes desse índice (número de dentes cariados e não tratados, restaurados ou perdidos por cárie). Assim, por exemplo, se a população branca adulta acessa mais dentista, tendo mais dentes restaurados ou reabilitados, seu CPO-D médio sobe. Isso pode ser exemplificado pelas prevalências percentuais encontradas na amostra estudada (70,7% de dentes restaurados em brancos contra 46,6% em pretos e 47,9% em pardos). Dessa forma, maiores diferenças foram evidenciadas a partir

da desagregação do índice CPO-D por componente. Quando analisado o componente P (dentes perdidos), os pretos e pardos tiveram maior média na comparação com os brancos. Barbato et al. (21) relataram observações semelhantes. Outros estudos também têm demonstrado significativa perda dentária em adultos no Brasil (22, 23). Frazão et al. (22) reafirmaram a cor da pele negra como condição desfavorável de acesso a bens e serviços, o que, segundo os autores, aumentou em 22% o risco de perda dentária nessa população.

É reconhecido que a prevalência de doenças bucais reflete fatores de ordem biológica, comportamental e socioeconômica, assim como fatores de acesso a bens de consumo e a serviços de saúde. Os agravos em saúde bucal, bem como a cárie dentária, têm sido considerados como “doença social” (24). O grau de escolaridade dos indivíduos, a gravidade da cárie, expressa por perdas dentárias, e o acesso a serviços odontológicos têm sido associados à presença de dor de origem dentária em população adulta (15, 16, 25). A maior escolaridade é considerada um elemento essencial no acesso aos serviços, na comunicação com o profissional de saúde, na efetividade da prevenção, no tratamento e na cura de enfermidades, bem como nas noções de saúde e doença (26). Além disso, ser homem, jovem e possuir melhores condições de instrução parece propiciar facilidade de acesso a atenção em saúde, além de favorecer a manutenção dos dentes (27).

Dados do IBGE (1) mostram que, em 2003, 28 milhões de brasileiros relataram que nunca tinham ido ao dentista. Por sua vez, o SB Brasil 2002–2003 (13) mostrou que 3% dos adultos e 6% dos idosos encontravam-se em igual situação. Como consequência, apenas 52% da população adulta possuíam 20 ou mais dentes, e 85% dessa população necessitavam de prótese dentária.

As iniquidades no acesso a serviços de saúde por parte da população negra no Brasil são reforçadas por dados que comprovam que atendimento médico, consultas, planos de saúde e tratamento odontológico são mais acessíveis à população branca (26). No caso específico da assistência odontológica, as distinções são enormes: o percentual de negros que nunca foram a dentista chega a 24%, contra 14% de brancos na mesma situação. Além disso, o percentual de brancos com plano de saúde é 2,2 vezes maior do que o de negros (27).

Os gradientes de renda constituem-se na principal dimensão socioeconômica da iniquidade entre os grupos raciais. A má distribuição da renda, a falta de participação na riqueza nacional, o desemprego, o atraso tecnológico e os elevados índices de analfabetismo dos negros brasileiros (28) acarretam inúmeras consequências, que se estendem da dependência dos serviços educacionais e de saúde, providos pelo Estado, à residência em áreas carentes de condições de saneamento e urbanização adequadas (16).

Por isso, além das dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, indivíduos com diferenças pronunciadas de renda também estão em desvantagem quanto à ocorrência de agravos em saúde bucal. Tal constatação foi registrada em levantamento do Ministério da Saúde realizado em 1986, que indicou que pessoas com maior poder aquisitivo apresentavam menos cáries do que as situadas na base da pirâmide socioeconômica (14).

As iniquidades em saúde bucal se manifestam desde a infância. Estudos de Antunes et al. (29, 30) demonstraram acesso desigual a tratamento odontológico entre crianças pretas e pardas, destacando iniquidades sociodemográficas como fatores associados à experiência de cárie. Os autores refutam o fundamento biológico para os diferenciais raciais na experiência de cárie, atribuindo-os à discrepante inserção socioeconômica desses segmentos de população e ao acesso distinto a bens e serviços no Brasil.

O presente estudo evidenciou correlações entre indicadores contextuais e desfechos em saúde bucal para a população de negros nos estados brasileiros. O IDH esteve associado a perda dentária, necessidade de prótese e edentulismo anterior nessa população. A associação do IDH com níveis de doenças bucais e acesso a ações preventivas e promocionais é explorada na literatura (31, 32), evidenciando os possíveis efeitos do perfil de desenvolvimento humano vivenciado pelas populações em sua condição de saúde bucal. O estudo de Frias et al. (31) relata maior probabilidade de adolescentes com cáries não tratadas em população negra vivendo em cidades com baixo IDH municipal.

Nos estados das regiões Norte e Nordeste, foram observados alguns dos piores indicadores de saúde bucal para a população negra neste estudo. Novamente, o trabalho de Frias et al. (31) reforça esses achados quando demonstra maior prevalência de cárie não tratada em adolescentes nas regiões Norte e Nordeste.

Em recente estudo analisando indicadores de atenção primária em saúde, Fischer et al. (33) observaram que as associações dentárias eram negativamente associadas ao IDH e positivamente associadas ao IGini. Por outro lado, medidas preventivas de cuidado em saúde bucal foram negativamente associadas ao IGini e positivamente associadas ao IDH. Nessa direção, a experiência de

doenças bucais parece ser suscetível a marcantes desigualdades sociodemográficas e geográficas (34). Viver em regiões submetidas à privação pode resultar em maior impacto na condição de saúde bucal. Além disso, a exclusão sistemática dos serviços de saúde pela população adulta em regiões mais pobres, determinada por condições políticas, sociais e econômicas, pode influenciar significativamente sua condição de saúde bucal (22, 34, 35).

A análise dos desfechos em saúde bucal, especialmente aqueles ligados à perda dentária e à necessidade de prótese para o grupo de negros, evidencia a necessidade de maior equidade em saúde bucal para grupos em condições de maior vulnerabilidade, com a ampliação do acesso e desenvolvimento de políticas públicas que possam garantir o direito à saúde bucal em regiões de maior iniquidade social e demográfica. Os resultados deste estudo apontam que as iniquidades em saúde bucal observadas podem ter sido determinadas mais por contextos sociais discriminatórios, que aumentam a vulnerabilidade de grupos populacionais, do que propriamente por determinações raciais baseadas no referencial da cor da pele, que podem arbitrariamente ser utilizados como marcadores inatos de diferenças raciais (36, 37). É importante incluir o tema racial nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde, garantindo a produção de informações epidemiológicas sobre a população negra no Brasil que possam apoiar a tomada de decisão no planejamento e definição de prioridades.

A consistência deste estudo deve-se à utilização de um banco de dados de pesquisa de base populacional realizada em domicílios, com informações de saúde bucal, perfil social, demográfico, econômico e de acesso a serviços em saúde bucal. Por outro lado, o estudo apresenta, como limitações metodológicas, o fato de não contemplar diferenças de gênero, bem como o fato de a variável raça/cor ser autodeclarada, com possível tendência a distorções classificatórias.

Conclusões

Os resultados deste estudo evidenciaram iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil em todos os indicadores analisados (cárie, perda dentária, dor e necessidade de prótese), com maior vulne-

tabilidade da população negra (pretos e pardos) em relação aos brancos. Fatores contextuais relacionados ao perfil de desenvolvimento humano, à distribuição

de renda e ao acesso a políticas de cuidado em saúde parecem ter papel essencial na caracterização da vulnerabilidade de grupos populacionais a agravos em

saúde bucal. A perda dentária e a necessidade de prótese na população negra estiveram correlacionadas com IDH, IGini e renda média familiar no Brasil.

REFERÊNCIAS

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de indicadores 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf Acessado em 9 de dezembro de 2011.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados Preliminares do Universo do Censo Demográfico 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/preliminar_tab_uf_zip.shtml Acessado em 9 de dezembro de 2011.
- Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1586-94.
- Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(1):71-80.
- Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Rev Bras Odontol Saude Coletiva*. 2000;1(1):7-17.
- Bastos JL, Gigante JL, Peres KG. Toothache prevalence and associated factors: a population based study in southern Brazil. *Oral Dis*. 2008;14(4):320-6.
- Peres MA, Antunes JL, Boing AF, Peres KG, Bastos JL. Skin color is associated with periodontal disease in Brazilian adults: a population-based oral health survey. *J Clin Periodontol*. 2007;34(3):196-201.
- Thompson WM, Pouton R, Kruger E, Boyd D. Socioeconomic and behavioural risk factors of tooth loss from age 18 to 26 among participants in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Caries Res*. 2000;34(5):361-6.
- Moreira TP, Nations MK, Alves MCFC. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade de Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(6):1383-92.
- Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(1):3-24.
- Peres MA, Peres KG. O impacto de eventos precocemente experimentados na família sobre a saúde bucal. Em: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, eds. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008. Pp. 195-205.
- Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Banco de dados da pesquisa Condições de Saúde Bucal da População Brasileira — Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/banco_dados.php Acessado em 3 de junho de 2010.
- Pinto VG. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. Em: Kriger L, org. ABOPREV: promoção da saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2003. Pp. 25-42.
- Ferreira AAA, Piuevezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(1):211-8.
- Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marceles W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):453-8.
- World Health Organization. WHO Global Oral Health Programme. Disponível em: <http://www.mah.se/capp/> Acessado em 27 de novembro de 2010.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasília: PNUD; 2005.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de Gini. Em: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasília: PNUD; 2005.
- SPSS Inc. Statistical Package for the Social Sciences for Windows. Release 15.0. Chicago: SPSS Inc.; 2005.
- Barbato PR, Nagano ECM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1803-4.
- Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade, Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6(1):49-57.
- Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil. *Acta Odontol Scand*. 2005;63(2):85-93.
- Freitas STF. História social da cárie dentária. Bauru: EDUSC; 2001.
- Ekanayake L, Mendis R. Self reported use of dental services among employed adults in Sri Lanka. *Int Dent J*. 2002;52(3):151-5.
- Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):595-601.
- Silva JYB, Santos BZ, Oliveira RM, Bosco VL. Desigualdade em saúde. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2009;6(4):422-9.
- Brasil, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas racial brasileiro. Brasília: PNUD; 2004.
- Antunes JLF, Pegoretti T, Andrade FP, Junqueira SR, Frazão P, Narvai PC. Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children. *Int Dent J*. 2003;53(1):7-12.
- Antunes JLF, Frazão P, Narvai PC, Bispo CM, Pegoretti T. Spatial analysis to identify differentials in dental needs by area-based measures. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30(2):133-42.
- Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie não tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(4):279-85.
- Gabardo MC, Silva WJ, Olandoski M, Moysés ST, Moysés SJ. Inequalities in public water supply fluoridation in Brazil: An ecological study. *BMC Oral Health*, 2008;8:9.
- Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Primary dental care indicators: association with socioeconomic status, dental care, water fluoridation and Family Health Program in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(1):126-38.
- Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(1):79-87.
- Peres MA, Peres KG, Antunes JLF, Junqueira SR, Frazão P, Narvai PC. The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;14(3):149-57.
- Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical scene, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health*. 2003;93(2):194-9.
- Maio MC, Monteiro S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *Hist Cienc Saude*. 2005;12(2):419-46.

Manuscrito recebido em 27 de novembro de 2010. Aceito em versão revisada em 11 de agosto de 2011.

ABSTRACT

Racial inequity in oral health in Brazil

Objective. To identify racial inequities in oral health between groups of adults self-declared as white, black, or mixed in Brazil.

Methods. Secondary data were obtained from the national oral health survey of the Brazilian population (*SB-Brasil* 2002–2003) database. Initially, a cross-sectional study was conducted to compare the following outcome variables: caries, tooth loss, pain of dental origin, and need for prostheses according to race/color in a sample of 12 811 adults of both sexes, aged 35 to 44 years. In the second stage, an ecologic study was carried out with data aggregated by Brazilian state to contextualize racial inequity in a population of 6 918 black individuals (black and mixed). For that, the oral health outcomes studied in the first stage were correlated with human development and income distribution indicators.

Results. Significant differences were observed between the race/color groups for all oral health outcomes examined ($P < 0.01$). Correlations were found between oral health outcomes and indicators related to the human development profile, average family income, and income inequality by state for the group of Brazilian blacks.

Conclusions. The results show racial inequity in oral health in Brazil for all the indicators analyzed (caries, tooth loss, pain, and need for prostheses), with greater vulnerability among the black population compared to whites. Contextual factors related to the human development profile, income distribution, and access to health care policies appear to play a key role in describing the vulnerability of populations to oral health problems.

Key words Oral health; health inequalities; population groups; socioeconomic factors; adult; Brazil.
