



**CAMPUS VIII—PROFESSORA MARIA DA PENHA—ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**INFLUÊNCIA DA RAÇA NA PERDA DE PRIMEIROS MOLARES PERMANENTES EM
ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANOS NO BRASIL**

Joyce Fernanda Rocha Ferreira

**Araruna/ PB
2015**

JOYCE FERNANDA ROCHA FERREIRA

**INFLUÊNCIA DA RAÇA NA PERDA DE PRIMEIROS MOLARES PERMANENTES EM
ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANOS NO BRASIL**

Projeto de pesquisa apresentado à
Coordenação do Curso de
Odontologia da UEPB–Campus
VIII, como requisito para a
obtenção do título de Cirurgião-
Dentista

Orientador: Pierre Andrade Pereira de Oliveira

Araruna/PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

F383i Ferreira, Joyce Fernanda Rocha
Influência da raça na perda de primeiros molares permanentes em adolescentes de 15 a 19 Anos no Brasil [manuscrito] / Joyce Fernanda Rocha Fernandes. - 2015.
37 p. : il.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Tecnologia e Saúde, 2015.
"Orientação: Dr. Pierre Andrade de Oliveira, Departamento de Odontologia".

1. Odontologia. 2. Dentes. 3. Raça. I. Título.

21. ed. CDD 617.6

JOYCE FERNANDA ROCHA FERREIRA

**INFLUÊNCIA DA RAÇA NA PERDA DE PRIMEIROS MOLARES
PERMANENTES EM ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANOS NO BRASIL**

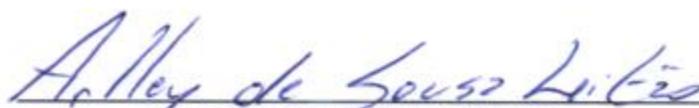
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à coordenação do curso de Odontologia da
UEPB - Campus VIII como requisito para
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

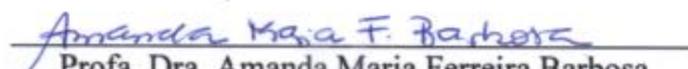
Orientador: Prof.Dr. Pierre Andrade Pereira de Oliveira

Aprovada em: 27 de abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Pierre Andrade Pereira de Oliveira (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Arley de Souza Leitão
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Profª. Dra. Amanda Maria Ferreira Barbosa
Faculdade de Odontologia do Recife (FOR)

Dedico este trabalho a Deus, por ser o autor e consumidor da minha existência, ao meu esposo Jucelino, a minha mãe Josivete, aos meus avós Josimar e Ivete, a minha irmã Gêssica e a minha sobrinha Maria Eduarda, que sempre me encorajaram a ir em busca dos meus sonhos, dando-me força para vencer os obstáculos da vida.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer ao Senhor Deus que sempre esteve comigo em todos os momentos da minha existência, que me tomou para si e conduziu-me como sua filha preciosa, dando-me forças para vencer o mal e escolher o bem em todo o tempo. Ele, o autor e consumidor da minha Fé que não me deixou baixar a cabeça diante de tantos obstáculos e me mostrava claramente que valia a pena olhar para frente na certeza de que Ele tem todo o meu futuro na palma de sua mão e que por isso eu não precisava me preocupar, pois Ele mesmo cuidaria de todos os detalhes para que seus planos em minha vida se cumprissem. Não poderia deixar de dedicar-lhe, Senhor, a minha singela gratidão. Foi o Senhor que me ungiu e me capacitou para conquistar os meus ideais aqui na terra e ao mesmo tempo glorificá-lo em tudo o que eu fazia. Nesta confissão, quero deixar clara a minha submissão ao teu olhar e a certeza do meu profundo reconhecimento diante de tudo que o Senhor operou em minha vida. Por cada lágrima que enxugastes dos meus olhos e por teres me consolado nos momentos de desilusões. Me constrange os teus cuidados, o teu amor incondicional que durante todos esses 5 anos me mostrou o quanto sou especial para Ti e o quanto estás presente em meu viver. Agradeço-te por ter mantido ao meu lado apenas pessoas que contribuíram para o meu crescimento espiritual e moral.

Minha mãe que me apoiou e sabiamente, me encorajou a prosseguir em busca de uma formação de qualidade que me ajudasse a conquistar títulos que me possibilitassem ser uma profissional exemplar. Meus avós, Josimar e Ivete, os quais não mediram esforços para financiarem meus estudos desde a 1ª série do fundamental até agora, nível superior. Foram vocês, que usados por Deus, muito me abençoaram, não só financeiramente, mas também com amor, me mostrando que os estudos é o melhor caminho para conquistar os meus sonhos. Obrigada por vocês terem cuidado de mim como uma filha e ter contribuído com a minha criação todos esses anos.

Minha irmã, essa pessoa tão extrovertida e cheia de Fé que sempre teve uma certeza tão impactante da minha vitória. Como você sempre acreditou em mim. Quando eu mesma não via minha vitória você me mostrava o meu troféu de vencedora. Lembro-me muito bem quando você me deu um lindo presente, Maria Eduarda, que mesmo tão pequena era um incentivo a ser confiante nos planos de Deus para minha vida! Obrigada minha preciosa! Obrigada por sempre me receber nos fins de semana com um lindo sorriso.

Jucelino, como posso dizer, você acompanhou meus estudos de perto e sempre priorizou minhas escolhas nesta área. Me impacta a maneira de você me mostrar como tudo é tão simples e como amanhã as coisas serão melhores do que hoje. Obrigada meu amor! Foi você que sempre esteve ao meu lado, quando a distância insistia em nos separar. Meu carinho, você é especial. E hoje como meu esposo posso contemplar como você honrou suas promessas. Vejo o quanto você se esforça para me manter estudando, sem que nada me falte. Para me manter com o pão ao qual eu estava acostumada! Obrigada.

Amigos, Thamyres, Nicole, Luana, que sempre estiveram pertinho de mim nos momentos de alegria e de tristeza. Que oravam junto comigo. Agradeço por não ter enfrentando tudo sozinha, mas sim ao lado de vocês. Obrigada meninas, vocês são parte da minha história, sem vocês tudo seria tão difícil para mim! Obrigada por terem dividido seus familiares comigo. Por terem me confiado suas amizades.

Pierre Andrade, meu orientador, o qual acreditou em mim e me escolheu para transmitir seus ricos conhecimentos e experiências que tanto contribuíram para formar meus conhecimentos científicos e me levaram a ser mais responsável e comprometida com o saber.

Termino dizendo que vocês são instrumentos valiosos de Deus, que foram usados pelo Grande Eu Sou, para me abençoar. Obrigada, vocês serão recompensados com milagres dos Céus por tudo que plantaram em minha vida. E que Deus realize o desejos de vossos corações!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SBBRASIL:	PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL
CNE:	CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CEB:	CÂMARA DE EDUCAÇÃO BÁSICA
OMS:	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE Sigla em inglês da Organização Mundial da Saúde
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SPSS:	Statiscal Package Science
SUS:	Sistema Único Saúde

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Raça: forma de estratificação social, usando traços físicos para sua classificação, não devendo ser usada do ponto de vista biológico, uma vez que baseada nas evidências que não existem diferentes raças humanas biologicamente falando, sendo o homem descendente de um mesmo ancestral (ALVES, 2005).

SBBRASIL: é o maior estudo transversal realizado na área de saúde bucal do país, tendo forte valor na manutenção de uma política de vigilância em saúde, no caso particular da saúde bucal (DAB, 2009).

Fatores Sócio-demográficos: adjetivos que referem-se aos problemas sociais em detrimento aos problemas demográficos (PRIBERAM, 2008).

INFLUÊNCIA DA RAÇA NA PERDA DE PRIMEIROS MOLARES PERMANENTES EM ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANOS NO BRASIL

RACE INFLUENCE IN THE FIRST LOSS OF PERMANENT MOLAR IN
TEENAGERS 15 TO 19 YEARS OLD IN BRAZIL

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo de analisar a influência da raça na perda precoce de primeiros molares permanentes por cárie em adolescentes de 15 a 19 anos. O estudo é do tipo transversal com a utilização de dados secundários coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010. Foram incluídas todas as entrevistas na faixa etária de 15 a 19 anos, que se declararam brancos, pardos ou pretos. A amostra foi constituída por 5.133 adolescentes sendo 2.446 brancos e 2.687 negros (agregação de pardos e pretos). Para estatística foi realizada a análise bivariada usando o teste Qui-quadrado e para análise multivariada a regressão logística. Verificou-se na amostra que a prevalência de perda de pelo menos um primeiro molar permanente foi de 15,5%. Ao se comparar a perda de primeiros molares e as variáveis sócio-econômicas revelou que negros, mulheres, com maior idade, com menor escolaridade e faixa de renda tiveram percentuais mais elevados na perda de primeiros molares permanentes. Conclui-se que adolescentes negros têm maior chance de perder primeiros molares precocemente e após ajuste por variáveis socioeconômicas os negros continuaram com maior perda.

Palavras-chave: Perda Precoce; Primeiros molares; Raça.

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	10
3 ARTIGO	11
3.1 INTRODUÇÃO.....	12
3.2 MATERIAL E MÉTODOS.....	16
3.3 RESULTADOS.....	18
3.4 DISCUSSÃO.....	21
3.5 CONCLUSÃO.....	24
3.6 ABSTRACT.....	26
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

Poucos são os trabalhos que abordam as disparidades raciais envolvendo a saúde bucal. Sabe-se que as disparidades entre negros e brancos remota aos tempos da escravidão, porém este assunto prevalece nos dias atuais. Ao abordar o quesito saúde bucal, torna-se indispensável discutir as evidências dessa temática. As iniquidades raciais em saúde destacam-se pelos diferenciais nos riscos de adoecer e morrer, provenientes de condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços. A desigualdade em saúde é iníqua, partindo do fato de que as pessoas têm escolhas limitadas, acesso limitado ao sistema de saúde e, além disso, estão mais susceptíveis a fatores prejudiciais (SOUZA, et.al. 2012).

Portanto, o acesso aos serviços de saúde pode ser considerado um item chave para determinação das desigualdades sociais e estado de saúde bucal entre as raças (GILBERT, 2005). Mesmo considerando-se a importância da saúde bucal, estudos epidemiológicos nacionais (BRASIL, 2004), demonstram que uma boa parte da população do Brasil não tem acesso aos serviços de saúde. Esses números mostram que a dor de dente e a perda dentária fazem parte do cotidiano dos brasileiros (PIUVEZAM, 2004).

Mesmo com a expansão dos serviços de saúde a perda dentária ainda é associada à população pobre, destacando as disparidades entre as classes sociais (NATIONS, 2002). A perda dentária culmina na mutilação, a qual dispõe um estado de doença, pois envolve mudanças físicas, biológicas e emocionais. Assim, as pessoas desdentadas sentem-se em desvantagem em relação às que apresentam dentes (MENDONÇA, 2001).

Portanto, este trabalho visa à comprovação das iniquidades em saúde bucal tomando como base o quesito raça e sua relevância na prevalência de perda precoce dos primeiros molares permanentes por cárie, em adolescentes de 15 a 19 anos, utilizando para isso os dados estatísticos do SB Brasil 2010.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Verificar a relação entre a perda precoce de primeiros molares permanentes, por cárie, em adolescentes de 15 a 19 anos, e a raça no Brasil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a prevalência de perdas de primeiros molares permanentes por cáries entre negros e brancos;
- Investigar a relação da raça ajustada por fatores socioeconômicos com perda de primeiros molares permanentes por cárie;
- Investigar a relação da raça ajustada a perda precoce de primeiros molares permanentes por cárie.

**INFLUÊNCIA DA RAÇA NA PERDA DE PRIMEIROS MOLARES
PERMANENTES EM ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANOS NO BRASIL**

RACE INFLUENCE IN THE FIRST LOSS OF PERMANENT MOLAR IN
TEENAGERS 15 TO 19 YEARS OLD IN BRAZIL

Joyce Fernanda Rocha Ferreira¹

Nicolle Fagherazzi¹

Thamyres Kéllen Nogueira Bezerra¹

Pierre Andrade Pereira de Oliveira²

1. Acadêmicas do Curso de Odontologia, Universidade Estadual da
Paraíba/Campus VIII

2. Professor Doutor da Universidade Estadual da Paraíba/Campus VIII

Endereço para correspondência:

Pierre Andrade Pereira de Oliveira

Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII

Av. Coronel Pedro Targino, S/N

cep 58233-000

Araruna-PB

E-mail: pierreandrade@hotmail.com

Telefone: (83) 3373-1040 / (83) 3373-1415

INTRODUÇÃO

A cor da pele é utilizada na classificação da raça no Brasil. A união de pardos e pretos compreende a raça negra, enquanto o termo isolado refere-se à cor de pele. O Estatuto da Igualdade Racial declara a população negra como o sendo a união de pessoas que se auto-declaram pretas e pardas.^{40, 28}

Mesmo com a existência da classificação das raças no Brasil, ainda assim pode-se perceber que as iniquidades raciais em saúde são cada vez mais expressivas, podendo ser identificadas através do risco de adoecer e de morrer, provenientes da heterogeneidade no acesso a bens e serviços. Podem-se considerar as disparidades em saúde iníquas pelo fato das pessoas disporem de escolhas limitadas, restrição de acesso à saúde e intensidade de exposição a fatores prejudiciais.³⁷

As questões da saúde da população brasileira vêm sendo aprimoradas nos últimos tempos através das informações pertinentes à identificação racial, proporcionando que distintos perfis epidemiológicos possam ser estabelecidos. Diversas vezes, a desarticulação de dados por raça/cor demonstra que as pessoas negras apresentam piores condições de saúde quando comparadas às brancas, seja em relação ao risco de adoecer e morrer, seja em relação às oportunidades de acesso à assistência.³⁴

É sabido que as pessoas negras enfrentam desvantagens associadas à pobreza, pois esta população recebe rendimentos de baixos valores, principalmente as mulheres, assim percebe-se a existência do racismo institucional o qual provoca disparidades na prestação do cuidado. Aponta-se que esta modalidade de prática do racismo se expressa tanto na relação de atenção quanto no acesso e na ação, prática institucional.³⁴

É cada vez mais evidente que as disparidades em saúde bucal manifestam-se desde a infância e que os fatores sócio-demográficos podem repercutir nos fatores ligados a experiência de cárie, demonstrando as desigualdades no tratamento entre crianças pretas e

pardas. Observa-se que muitos autores não concordam que o critério biológico possa explicar as iniquidades raciais no que diz respeito a experiência de cárie; preferindo defender que esta discrepância deve-se a desigualdade no acesso da população aos bens e serviços no país.¹⁹

Porém, é determinante que a prevalência de doenças orais transparece fatores de ordem biológica, comportamental e socioeconômica, além de itens como acesso aos bens de consumo e serviços de saúde. A exemplo do nível educacional das pessoas e a gravidade da cárie, indicada pela perda dentária, e o acesso a assistência odontológica, são indicadores relacionados diretamente ao fator raça.¹⁵

Comprovam-se ainda mais a iniquidade no acesso a saúde no país, no tocante aos negros, quando os dados apontam que a assistência médica, consultas e planos de saúde e tratamento odontológico, estão mais ao alcance dos brancos.²³ Focando na assistência odontológica, aumenta o número de negros que nunca foram ao dentista, chegando a 24%, enquanto os brancos alcançam apenas 14%.³⁵

A desigualdade socioeconômica pode ser identificada ao se avaliar a concentração de renda entre os grupos raciais. A ausência de uma distribuição equânime da renda, o desemprego, a não participação da riqueza do país, falta de desenvolvimento tecnológico, altos níveis de analfabetismo dos negros no Brasil e moradias precárias com inexistência de saneamento e urbanização, culminam na dependência destes dos serviços na saúde estadual.²²

A implementação de políticas públicas equânimes pode dar-se a partir de uma correta identificação das pessoas segundo o critério raça/cor, levando em consideração o quesito raça/cor como resultado da exclusão social.²⁹

É necessário avaliar se há discriminação racial estendendo-se para as diversas áreas da saúde, incluindo a saúde bucal dos indivíduos. Principalmente, no que diz respeito a prevenção e tratamento da doença cárie a qual é mais prevalente dentre as doenças bucais. Pois, mesmo a saúde bucal enfrentando uma notável melhora nas últimas décadas, a cárie dental ainda apresenta-se como a enfermidade bucal mais prevalente durante a infância e a causa principal de perdas dentárias na

idade adulta. Visando um tratamento e prevenção deste agravo oral, mais igualitário entre indivíduos negros e brancos.³⁶

Existem vários fatores que preditam o aparecimento de cárie dental, porém a experiência prévia de cárie nas dentições decíduas e permanente é sem dúvida a condição mais determinante para o desenvolvimento desta doença.⁴¹ Durante o início da idade em que os dentes decíduos estão sendo substituídos pelos permanentes, é de suma importância o reconhecimento de fatores que apontem para a maior probabilidade de desenvolvimento de lesões cariosas, pois pode-se favorecer medidas preventivas que evitem o estabelecimento da doença na dentição permanente.²¹

Diante deste quadro, pode-se elucidar a importância do primeiro molar permanente. Pois este é o primeiro dente da dentição permanente a erupcionar, portanto, é também, o mais susceptível ao ataque de lesões cariosas. O que em indivíduos negros pode ser mais intenso pelo difícil acesso aos serviços de saúde.

Por se tratar de um dente imprescindível durante a mastigação e oclusão harmônica, é importante evitar que a criança ainda com dentes decíduos apresente cáries nesta dentição, como também não tenham hábitos deletérios que prejudiquem o arco dentário, pois esses tipos de alterações repercutem para a dentição permanente e acompanham o indivíduo durante toda a vida. Assim, destaca-se a importância de se realizar o diagnóstico precoce das lesões de cárie ainda nos dentes decíduos nas crianças brancas e negras para que a doença não se agrave provocando perdas dentárias na adolescência.²⁴

A maioria das lesões de cárie na população em idade escolar concentra-se nas superfícies mastigatórias dos primeiros molares permanentes, pois sua anatomia é dotada de cicatrículas e fissuras, as quais oferecem mais resistência à mineralização por fluoretos quando comparada a anatomia de superfícies lisas.⁵ Dessa forma, a experiência de cárie em primeiros molares permanentes está associada à perda precoce por cárie em seus correspondentes decíduos, e essa correlação deve ser observada durante o atendimento de crianças brancas e negras alvo de programas preventivos.¹³

Diante disso o objetivo dessa pesquisa é verificar se há relação entre a perda precoce de primeiros molares permanentes por cárie em adolescentes de 15 e 19 anos e a raça no Brasil.

MÉTODOS

O presente estudo é do tipo transversal de caráter quantitativo, descritivo e analítico, com a utilização de dados secundários coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010. Foram incluídos apenas os examinados que se declararam como brancos, pardos ou pretos, residentes em todas as regiões do Brasil, na faixa etária de 15 a 19 anos. A amostra foi constituída por 5.113 adolescentes sendo 2.446 brancos e 2.687 negros (agregação de pardos e pretos).

O SB Brasil utilizou para coleta dos dados sobre o quesito “cor de pele”, a classificação recomendada pelo IBGE e pela Resolução 466/12 que estabelece normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Essa aferição tem como base a aparência física do indivíduo que responde ao questionamento do entrevistador “qual sua cor de pele/raça?”, configurando a forma de autotclassificação que consiste na declaração do indivíduo sobre uma das cores/raça padronizadas: branco, pardo, preto, amarelo ou indígena^{8,10,20}.

A cor de pele é uma forma de classificação da raça utilizada no Brasil na qual ao se juntar pardos e pretos está se falando de raça negra e ao se usar separadamente está se falando de cor de pele. O Estatuto da Igualdade Racial reafirma a população negra como o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas^{4,40,29}. É com base nessas recomendações que este estudo utilizou para classificação da variável raça a junção dos pardos e pretos formando a raça negra.

As variáveis utilizadas para verificar a utilização dos serviços odontológicos do SUS foram: se o entrevistado já visitou alguma vez na vida o dentista (não ou sim) e o tempo da última consulta (menos de um ano ou mais de um ano). O agravo em saúde bucal utilizados para controlar o desfecho foi a dor de dente nos últimos seis meses.

Para resumo e análise dos dados utilizou-se o programa estatístico SPSS (Statiscal Package for Social Science). A análise bivariada foi

usada para o estudo de associação entre variáveis no qual foi aplicado o teste estatístico qui-quadrado de independência. O modelo de análise multivariada através da regressão logística serviu para elucidar o quanto a raça poderia influenciar a da perda de primeiros molares permanentes em adolescentes de 15 a 19 anos de idade.

As responsabilidades éticas quanto à realização dos exames foram atribuídas pelo projeto SB Brasil 2010 que teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde com parecer aprovado sob o número 009/2010, em 07 de janeiro de 2010.

RESULTADOS

A distribuição da amostra apresentou um maior percentual de adolescentes do sexo feminino, entre 16 e 17 anos, negros, com ensino fundamental incompleto ou completo e renda entre R\$501,00 e R\$1.500,00. A prevalência de perda de pelo menos um primeiro molar permanente foi de 15,5% (Tabela 1).

Na análise bivariada entre a perda de primeiros molares e as variáveis sócio-econômicas revelou que negros, mulheres, com maior idade, com menor escolaridade e faixa de renda tiveram percentuais mais elevados na perda de primeiros molares permanentes. Todas as relações foram estatisticamente significantes para raça, sexo, escolaridade e renda. (Tabela 2).

No modelo de análise multivariado sem ajuste os negros apresentaram uma maior chance de perder os primeiros molares do que os brancos, ao acrescentar no ajuste o sexo e a idade essa iniquidade aumenta, quando incluído no modelo a escolaridade e renda essa desigualdade sofre redução, porém permanece maior a chance do negro ter os primeiros molares perdidos. As relações foram estatisticamente significantes para raça, sexo, escolaridade e renda (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição da Amostra de Adolescentes Segundo Variáveis Sócio Demográficas, SB Brasil 2010.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	2425	45,8
Feminino	2867	54,2
Idade		
15 anos	1415	26,7
16 e 17anos	1912	36,1
18 anos	984	18,6
19 anos	981	18,5
Raça		
Branco	2203	41,6
Negro	3089	58,4
Escolaridade		
Analfabeto e Funcional	197	3,7
Ens. Fund. inc. ou completo	2715	51,3
Ensino médio ou mais	2364	44,7
Sem informação	16	0,3
Renda		
Até 250	155	2,9
251 a 500	684	12,9
501 a 1500	2580	48,8
Acima de 1500	1571	29,7
Sem informação	302	5,7
Perda de Primeiro Molar		
Não	4470	84,5
Sim	822	15,5
Dor de dente		
Não	3995	75,7
Sim	1279	24,2
Sem informação	18	0,3
Total	5292	100

Fonte:
(SB
BRA
SIL,
2010
)

Tabela 2 – Modelo de Análise Bivariada e Multivariada da Raça e Perda de Primeiros Molares em Adolescentes do Brasil, SB 2010.

Variáveis	Perda de		Não ajustado		Ajustado por sexo e idade		Ajustado por sexo, idade, escolaridade e renda	
	Não %	Sim %	Valor P*	OR(C.I.)	Valor P	OR(C.I.)	Valor P	OR(C.I.)
Raça			<0,001					
Branco	88,7	11,3		1		1		1
Negro	81,5	18,5		1,775 (1,51-2,08)	<0,001	1,81 (1,54-2,12)	<0,001	1,50 (1,27-1,78)
Sexo			<0,001					
Masculino	86,4	13,6		0,760 (0,65-0,88)	<0,001	0,79 (0,67-0,92)	0,003	0,80 (0,68-0,94)
Feminino	82,8	17,2		1		1		1
Idade			<0,001					
15 anos	89,6	10,4		0,38 (0,30-0,48)	<0,001	0,38 (0,30-0,47)	<0,001	0,29 (0,22-0,37)
16 e 17 anos	85,8	14,2		0,54 (0,45-0,66)	<0,001	0,55 (0,45-0,67)	<0,001	0,48 (0,39-0,60)
18 anos	82,0	18,0		0,72 (0,58-0,90)	0,005	0,73 (0,58-0,91)	0,006	0,72 (0,57-0,90)
19 anos	76,9	23,1		1	<0,001	1	<0,001	1
Escolaridade			<0,001					
Analfabeto e funcional	75,6	24,4						
Fundamental	83,0	17,0		2,12 (1,50-3,00)	<0,001			1,97 (1,35-2,87)
Médio ou mais	86,8	13,2		1,35 (1,15-1,57)	<0,001			1,56 (1,31-1,86)
Faixa de Renda			<0,001					
Até R\$250	73,5	26,5						
Entre R\$251 a 500	81,9	18,1		3,23 (2,18-4,79)	<0,001			2,57 (1,70-3,87)
Entre R\$501 a 1500	82,0	18,0		1,99 (1,54-2,57)	<0,001			1,63 (1,25-2,13)
Acima de R\$1.500	90,0	10,0		1,98 (1,63-2,40)	<0,001			1,74 (1,42-2,12)

* Todos significantes segundo o teste qui quadrado valor $p < 0,001$.

Fonte: (SB BRASIL, 2010).

DISCUSSÃO

Este estudo confirma as pesquisas anteriores que caracterizam as disparidades nos indicadores de saúde no indicador raça referindo-se aos fatores sociais e biológicos (cárie), os quais influenciam diretamente na pior condição de saúde bucal para negros em detrimento dos brancos. Segundo Silva, 2009, quando se trata de acesso à assistência odontológica nos serviços de saúde pública, aumenta o número de negros que nunca foram ao dentista, chegando a 24%, enquanto os brancos alcançam apenas 14%, fator que culmina em maior perda de elementos dentários por falta de acesso a tratamento odontológico nos indivíduos negros.

Os dados contidos neste estudo comprovam a influência da raça nas iniquidades na perda dentária em adolescentes de 15 a 19 anos no Brasil. Uma vez que as pessoas negras têm enfrentado maiores dificuldade de acesso ao sistema de saúde. Como também comprova-se no estudo de Lopes 2005, no qual percebe-se ainda mais a iniquidade no acesso a saúde no país, no tocante aos negros, quando os dados apontam que a assistência médica, consultas e planos de saúde e tratamento odontológico, estão mais ao alcance dos brancos.

Este estudo anota que tratando-se de necessidade de tratamento de cárie em primeiros molares permanentes, adolescentes negros ainda encontram mais barreiras no acesso ao dentista. Isso contribui para que esse dente, cuja importância se aponta na manutenção de uma oclusão harmonica, seja perdido precocemente nos adolescents negros em detrimento dos brancos, os quais acessam mais. Sendo assim, o critério raça ainda é um indicador limitante para o acesso sistema de saúde e conseqüentemente para o aumento dos agravantes em saúde bucal como a perda dentária.

Outro autor que determina a disparidade no acesso como consequência em agravos na saúde bucal é Pinto, 2003, o qual observava já em levantamentos do Ministério da Saúde de 1986, que indivíduos com maior renda tinham menos cárie quando comparados aos indivíduos pertencentes à base da pirâmide socioeconômica, dentre os quais a

maioria são negros. O que determina que as doenças orais transparecem fatores de ordem biológica, comportamental e socioeconômica, além de itens como acesso aos bens de consumo e serviços de saúde.

Segundo Ferreira, et.al., 2006; Lacerda, et.al., 2004; Ekanayake, 2002, o nível educacional das pessoas se comunica com a gravidade da cárie, indicada pela perda dentária, e o acesso a assistência odontológica. Assim quando dizemos que isto é verdadeiro, torna-se ainda mais intenso que, são cada vez mais confirmadas as hipóteses em estudos científicos, de que as desigualdades em saúde sofridas por negros é verdadeira.

Lopes, 2005, também usa esse indicador, grau de escolaridade, para caracterizar em seus estudos que um elevado nível escolar possibilita maior comunicação com o profissional de saúde, entendimento do paciente da importância da prevenção no tratamento e cura das doenças; além de possibilitar melhor raciocínio sobre o processo saúde-doença e posterior perda de dentes.

Silva 2009, adiciona em seus estudos o indicador sexo, inferindo que pessoas do sexo masculino, jovens, e com mais instrução, favorecem o acesso ao sistema de atenção em saúde bucal e conseqüentemente aumenta as chances de manutenção dos dentes na cavidade oral. Portanto, este estudo ratifica a ideia desses autores de que pessoas mais jovens são mais favorecidas quando trata-se de acessar ao sistema de saúde, pois eles apresentam menos perda dentária e outros agravos de saúde.

Condizente com o estudo de Guiotoku, et.al.,2012, o qual demonstrou inter-relação entre aspectos contextuais e condição de saúde bucal dos negros nos diversos estados do Brasil, o presente trabalho ratifica esta ideia, uma vez que negros enfrentam condições iníquas de saúde quando comparado a indivíduos brancos.

A análise multivariada do presente estudo nos permitiu comunicar o quesito raça com as variáveis confirmando ideias de outros autores estudados de que negros apresentam situação de saúde bucal inferior a dos brancos. Porém, compreendemos que essa situação poderá mudar com os anos visto a representatividade desse grupo étnico na nossa sociedade. Esse estudo visa a contribuição para as estatísticas nacionais

procurando alertar o governo para criar medidas que diminuam as iniquidades raciais e sócio econômicas no país.

CONCLUSÃO

- Os adolescentes negros apresentaram maior prevalência de perda de molares permanente quando comparados aos brancos;
- Mesmo após ajuste por variáveis socioeconômicas os negros continuaram com maior perda de primeiro molar.

ABSTRACT

This paper aimed to analyze the influence of race on the early loss of first permanent molar caries in adolescents from 15 to 19 years old. The kind of the study is cross-sectional with the use of secondary data collected by the National Survey of Oral Health in 2010. All interviews were included in the age group from 15 to 19 years old who reported they were white, brown or black. The sample was consisted of 5,133 teenagers, 2,446 whites and 2,787 blacks (aggregation of brown and black). To the statistic was performed the bivariate analysis using the Chi-square test and to the multivariate analysis and logistic regression. It is shown that the prevalence in the loss of at least the first permanent molar was 15.5%. Comparing the loss of the first molars and socioeconomic variables revealed that blacks, women, older, less educated and income group had higher percentages in the loss of first permanent molars. It is concluded that black adolescents are more likely to lose the first molars early and after adjustment for socioeconomic variables blacks continued with greater loss.

Keywords: Early loss; First molars; Race.

REFERÊNCIAS

- 1- ALVES, C.; FORTUNA, M.M.C.; TORALLES, A aplicação e o conceito de raça em saúde pública: definições, controvérsias e sugestões para uniformizar sua utilização nas pesquisas biomédicas e na prática clínica. *Gazeta Médica da Bahia*, 2005.
- 2- ANDERSON, M. Risk assessment and epidemiology of dental caries: review of literature. *Pediatric Dentistry*, v. 24, n. 5, p. 377-385, 2002.
- 3- BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdade na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Rev C S Col*2002; 7(4):709-17
- 4- BASTOS, J.L.; GIGANTE, J.L.; PERES, K.G. Toothache prevalence and associated factors: a population based study in southern Brazil. *Oral Dis*. 2008; 14(4):320-6.
- 5- BATCHELOR, P.A.; SHEIHAM, A. Grouping of tooth surfaces by susceptibility to caries: a study in 5–16 year-old children. *BMC Oral Health*. 2004, 4: 2.
- 6- BATISTA, L.E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Cienc. Saude Coletiva*. 2005; 10(1):71-80.
- 7- BONECKER, M.; JONES, C.P. Trends in dental caries in Latin America and Caribbean 5-6 and 11-13 old children systematic review. *Com Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(2):152-7.
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 9- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Ampliação do ensino fundamental para nove anos: 3º relatório do programa. Brasília: Ministério da Educação; 2006.
- 10-BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da população Negra: uma política do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 11-CHOR, D.; LIMA,C.R.A.; Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saude publica*. 2005; 21(5):1586-94.

- 12-DAB, Departamento de Atenção Básica. 2009. <http://www.dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acessado em: 10 de fevereiro de 2014.
- 13-FELDENS, C.A.; KRAMER, P.F.; ABREU, M.E.; ROSSO, E.D.; FERREIRA, S.H.; FELDENS, E.G. Associação entre experiência de cárie em molares decíduos e primeiros molares permanentes. *Pesq. Bras. Odontopediatr. Clin. Integr.* 2005; 5(2):157-63.
- 14-FERREIRA, A.A.A.; ALVES, M.S.C.F. Representações sociais da necessidade de cuidados bucais: um estudo com habitantes do bairro de Cidade da Esperança-Natal (RN) [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2002.
- 15-FERREIRA, A.A.A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C.W.A.; et.al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*,11(1):211-218,2006.
- 16-FRAZÃO, P. Irrupção do primeiro molar permanente em crianças de 5 e 6 anos de idade: implicações da análise longitudinal para prevenção da cárie oclusal. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2011, vol.14, n.2, pp. 338-346. ISSN 1415-790X.
- 17-FREITAS, S.T.F. História da cárie dentária. Bauru: EDUSC; 2001.
- 18-GILBERT, G.H. Racial and socioeconomic disparities in health from population-based research to practice-based research: the example of oral health. *J Dent Educ.* 2005; 69(9):1003-1014.
- 19-GUIOTOKU, S.K.; et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam salud Publica (online)*. 2012, vol.31, n.2, pp. 135-141. ISSN 1020-4989.
- 20-IBGE, 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.shtm. Acessado em: 02 de dezembro de 2013.
- 21-KRAMER, P.F.; FELDENS, C.A.; ROMANO, A.R. Promoção de saúde bucal em Odontopediatria. São Paulo: Artes Médicas; 2000. 144 p.
- 22-LACERDA, J.T.; SIMIONATO, E.M.; PERES, K.G.; PERES, M.A.; TRABERT, J.; MARCENES, W. Dor de origem dental como motivo de

- consulta odontológica em uma população adulta. Ver. Saúde Pública. 2004;38(3):453–8.
- 23-LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad. Saúde Publica. 2005;21(5):1595–601.
- 24-LOPES, E.F.; POMARICO, L.; SOARES, L.F. Condição do primeiro molar permanente: avaliação após 3 anos/ Condition of first permanent molar: evaluation after 3 years. Rev Bras Odontol; 68(1): 29-32, jan.-jun. 2011.
- 25-MELO, F.G.C.; CAVALCANTI, A.L.; FONTES, L.B.C.; GARCIA, A.F.G.; CAVALCANTI, S. D.A.L. B. Perda precoce de molares permanentes e fatores associados em escolares de 9, 12 e 15 anos da rede pública municipal de Campina Grande, Estado da Paraíba, Brasil. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v33i1.8373. Campina Grande, 2011,Paraíba, Brasil.
- 26-MENDONÇA, T. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. Public Health Rep 2001; 17:1545-7.
- 27-NATIONS, M.K.; NUTO, A.S.S. Toothworms, poverty,tattoosand dental care conflicts in Northeast Brazil. SocSciMed2002; 54:229-4.
- 28-OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. Estud. av. 2004; 18(50):57-60.
- 29-OLIVEIRA, F. Saúde da população negra: Brasil ano 2001. Brasília: OPAS; 2003.
- 30-PETERSEN, P.E.; 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.
- 31-PINTO, V.G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. Em: Kriger L, org. ABOPREV: promoção da saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 25–42.
- 32-PIUVEZAM, G.; ALVES, M.C.S.F. Estudo psicossocial das perdas dentárias na terceira idade [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2004.

- 33-RODRIGUES, C.R.M.D.; ROMITO, A.C.D.R.; ZARDETTO, C.G.D.C. Abordagem educativa-preventiva em odontopediatria. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. Odontopediatria: Prevenção. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 113-36.
- 34-SACRAMENTO, A.N.; NASCIMENTO, E.R.. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2011, vol.45, n.5, pp. 1142-1149. ISSN 0080-6234.
- 35-SILVA, J.Y.B.; SANTOS, B.Z.; OLIVEIRA, R.M.; BOSCO, V.L. Desigualdade em saúde. Rev Sul-Bras Odontol. 2009;6(4):422–9.
- 36-SILVA, J.G.; FARIAS, M.M.A.G.; ARAÚJO, S.M.; SILVEIRA, E.G.; SCHIMITT, B.H.E. Correlação entre experiência de cáries em molares decíduos e primeiros molares permanentes/ Correlation between caries experience in deciduous molars and first permanent molars. RFO UPF; 15 set. 2010.
- 37-SOUZA, E.H.A.; OLIVEIRA, P.A.P.; PAEGLE, A.C., et.al. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.8, pp. 2063-2070. ISSN 1413-8123.
- 38-STELLE, J.G.; MARCENES, W.; Lowe C, FINCH, S.; BATES, C.J, et al. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. J Dent Res. 2001; 80(2):408-15.
- 39-THOMPSON, W.M.; 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.
- 40-TRAVASSOS, C.; WILLIAMS, D.R. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. Cad Saude Publica. 2004; 20(3):660-678.
- 41-VELLA, M.A.M.; HERMOZA, R.A.M. Riesgo de caries dental. Rev Estomatol Herediana 2004; 14(1-2):101-6.

ANEXO 1

Sala 06

14 01 10 09:00

CONEP

33153701

p. 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 009/2010

Registro CONEP 15498 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Processo nº 25000.543501/2009-53

Projeto de Pesquisa: "Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB-Brasil 2010". Protocolo versão Junho/2009.

Pesquisador Responsável: Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Instituição: Ministério da Saúde (1º CENTRO)

CEP de origem: CONEP

Área Temática Especial: Não informado.

Patrocinador: Não informado.

Sumário geral do protocolo

Os estudos transversais são importantes componentes em qualquer política de vigilância em saúde. Apesar do constante aperfeiçoamento em nossos Sistemas de Informação, a partir dos quais se torna possível estabelecer um diagnóstico da situação de saúde da população, em muitas situações não há como prescindir de informações epidemiológicas obtidas a partir de dados primários. No caso particular da saúde bucal, o diagnóstico coletivo dos principais agravos (cárie dentária, doença periodontal, oclusopatias, dentre outros) deve ser estabelecido, com propriedade, mediante a realização de inquéritos populacionais.

Os três grandes levantamentos nacionais realizados em 1986, 1996 e 2003 foram de grande relevância para a construção de uma consistente base de dados relativa ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira. Contudo, é fundamental que a realização destes estudos faça parte de uma estratégia inserida no componente de vigilância à saúde da Política de Saúde, na perspectiva da construção de uma série histórica de dados de saúde bucal com o objetivo de verificar tendências, planejar e avaliar serviços.

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – incorpora uma agenda em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz, em seus pressupostos operacionais, os princípios do Sistema Único de Saúde. Ao trabalhar os eixos da atenção à saúde bucal a partir do incremento da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, da implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas como elemento estruturante da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo, o Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual Política de Saúde.

Dentre os pressupostos dessa política, que visam à reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, destacam-se: (a) "utilizar a Epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento" e (b) "centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença". Tais pressupostos devem, portanto, serem postos em prática a partir de diversas estratégias, dentre elas a realização de pesquisas epidemiológicas de base nacional.

O presente projeto descreve as bases metodológicas para a realização da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SBBrazil 2010. Esta pesquisa faz parte de um processo histórico que se ampliou e aprofundou com o Projeto SBBrazil 2003, o qual proporcionou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros. Pretende-se, com este projeto, dar continuidade a esse processo, realizando uma pesquisa em moldes semelhantes, de maneira a construir uma série histórica, contribuindo para as estratégias de avaliação e

Cont. Parecer CONEP nº 009/2010

planejamento dos serviços, ao mesmo tempo em que consolida um modelo metodológico e demarca o campo de atuação do componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal.

O estudo em tela tem como principal objetivo conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira em 2010, subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal.

Estimar, para a população de diferentes faixas etárias: a prevalência e a gravidade da cárie dentária em coroa e raiz; a condição periodontal; a prevalência de oclusopatias; a prevalência e a gravidade da fluorose dentária; a prevalência de traumatismo dentário (fratura coronária e avulsão); as necessidades de tratamento relacionadas com a cárie dentária; a necessidade e uso de prótese; a prevalência e a gravidade da dor de origem dentária e ainda, obter dados que contribuam para caracterizar o perfil socioeconômico, a utilização de serviços odontológicos, a autopercepção e os riscos à saúde bucal.

Para o Projeto SBBrasil 2003 foram sorteados 10 municípios em cada estrato estabelecido a partir da combinação de região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), e porte populacional: (a) até 5.000 habitantes; (b) de 5.001 a 10.000 habitantes; (c) de 10.001 a 50.000 habitantes; (d) de 50.001 a 100.000 habitantes e mais de 100.000 habitantes. As 26 capitais e o Distrito Federal não foram sorteados, sendo alocados intencionalmente na amostra. Isso se deu por razões operacionais, uma vez que, caso fossem incluídas para sorteio dentro do estrato de mais de 100 mil habitantes, haveria o risco de não serem sorteadas. Em simulações realizadas, alguns municípios de populações maiores que as das capitais foram sorteados, deixando as mesmas de fora da amostra. Assim, a alocação intencional considerou a importância destes municípios em uma pesquisa de caráter nacional e levou em conta, ainda, a necessidade de manter a comparabilidade com estudos anteriores que foram realizados nas capitais, em 1986 e 1996.

Para o SBBrasil 2010 serão mantidos os mesmos municípios, adotando a estratégia de utilização de uma amostra mestra, conforme proposta desenvolvida pela Organização das Nações Unidas para estudos domiciliares em países em desenvolvimento e em transição. Ocorreram mudanças no tamanho populacional dos municípios da amostra, entre 2000 e 2009 de modo que o tamanho dos estratos populacionais se alterou.

A manutenção de uma base metodológica uniforme é um aspecto importante quando se considera a realização de estudos seccionais como um componente de destaque nas estratégias de vigilância em saúde bucal. No caso particular das doenças e agravos bucais, em sua maioria não permite avaliações a partir da mera aferição da prevalência, estabelecida pelo diagnóstico, no indivíduo, da presença ou ausência de doença. Historicamente, têm sido desenvolvidos diversos índices voltados para a análise das mais prevalentes (cárie, doença periodontal, oclusopatias, fluorose, dentre outras), no sentido de se verificar, além da prevalência, a extensão da gravidade das doenças bucais.

Uma iniciativa da OMS permitiu um amplo e consistente aperfeiçoamento dessas ferramentas de investigação de modo que, atualmente, a grande maioria das pesquisas realizadas mundialmente segue um padrão semelhante com relação aos índices utilizados. Desse modo, a proposição dos índices a serem utilizados neste estudo e as devidas adequações dos mesmos atendem às recomendações da OMS na 4ª edição de seu Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico em Saúde Bucal.

Além dos índices tradicionais para aferição dos agravos bucais, será aplicado, também, um questionário aos indivíduos examinados em domicílios (a partir de 15 anos) o qual contém questões relativas à caracterização socioeconômica, a utilização de serviços odontológicos e morbidade bucal autoreferida e à autopercepção de saúde bucal. Serão descritos a seguir, de modo resumido, as condições a serem pesquisadas, os índices e algumas alterações propostas. A Ficha de Exame e o Questionário constam nas páginas 31-32 (numeração do CEP).

Local de realização

Cont. Parecer CONEP nº 009/2010

Trata-se de um projeto nacional e multicêntrico, com a participação das secretarias estaduais e municipais de saúde, entidades odontológicas, universidades e institutos de pesquisa, articulados pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal, por intermédio do seu Comitê Técnico Assessor para Vigilância em Saúde Bucal (CTA) e dos Centros Colaboradores em Vigilância em Saúde Bucal. Do ponto de vista metodológico, compõe um estudo com base em uma amostra de indivíduos residentes em 250 municípios sorteados, nos quais serão realizados exames bucais e aplicados questionários para avaliar a prevalência e a gravidade dos principais agravos bucais, assim como fatores relacionados à situação socioeconômica, acesso a serviços odontológicos e percepção de saúde.

No Brasil, serão 151.840 participantes (página 24, numeração do CEP). Os critérios de seleção dos 250 municípios e de estabelecimento dos grupos etários são descritos nas páginas 16-20 (numeração do CEP). Foi apresentado também o método de cálculo do tamanho amostral (página 22, numeração do CEP). Na página 23 (numeração do CEP) foi apresentada uma tabela com os tamanhos amostrais ajustados para populações finitas segundo os grupos etários, porte municipal e macrorregião. Tem-se, portanto, que os números amostrais calculados para cada macrorregião são: 29.132 para a Região Norte; 30.329 para a Região Nordeste; 31.885 para a Região Sudeste; 31.148 para a Região Sul; 29.346 para a Região Centro-Oeste.

Apresentação do protocolo

Foram apresentados cronograma (página 29, numeração do CEP) e orçamento financeiro (páginas 29, numeração do CEP) detalhados. O cronograma informa que a coleta de dados será realizada de Setembro/2009 a Fevereiro/2010 e encerramento das atividades do estudo será em Junho/2010. O orçamento financeiro informa os seguintes valores: despesas com consultoria totalizando R\$11.400,00; total de custos com diárias de R\$468.750,00; despesas com passagens totalizando R\$168.000,00; serviços de terceiros – Pessoa Física totalizando R\$ 419.900,00 e total de despesas com serviços de terceiros – Pessoa Jurídica de R\$732.000,00 e um total de custo da pesquisa de R\$1.800.050,00.

O currículo do pesquisador responsável (páginas 35-37, numeração do CEP) demonstra que o mesmo se encontra capacitado para condução do estudo. Os instrumentos de coleta de dados da pesquisa foram apresentados (página 31-32, numeração do CEP).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) página 33 (numeração do CEP) se encontra redigido em forma de convite, escrito de maneira sucinta e com linguagem clara.

Considerações sobre a análise das respostas ao Parecer CONEP Nº 473/2009, relativo ao projeto de pesquisa em questão:

1. Segundo consta na folha de rosto, o estudo em tela é unicêntrico. Entretanto, no protocolo, o projeto em tela é descrito como multicêntrico, e contará com a participação das secretarias estaduais e municipais de saúde, entidades odontológicas, universidades e institutos de pesquisa. Solicitam-se esclarecimentos e adequação.

Resposta: Houve mudanças no cálculo amostral e a descrição correta foi apresentada juntamente às respostas. Consta Folha de rosto corrigida presente na folha 08 das respostas.

Análise: Pendência atendida.

2. Quanto ao número de sujeitos de pesquisa, é informado na folha de rosto que serão recrutados 130.000 sujeitos no Brasil. Porém, no item 3.3.4 do protocolo (Tamanho da amostra) foi sumarizado um total de 151.840 sujeitos de pesquisa para as 5 macrorregiões brasileiras. Observa-se uma diferença de 21.840 sujeitos de pesquisa. Ressalta-se também que na folha de rosto consta que todos os 130.000 sujeitos de pesquisa recrutados serão do centro em tela, embora no

Cont. Parecer CONEP nº 009/2010

protocolo conste o número de sujeitos de pesquisa provenientes de cada macrorregião brasileira. Solicitam-se esclarecimentos e adequação.

Resposta: Após novo cálculo amostral, a folha de rosto consta que serão recrutados 47.000 sujeitos no Brasil. No item 3.3.4 do protocolo (Tamanho da amostra) foi sumarizado um total de 47.000 sujeitos de pesquisa para as 5 macrorregiões brasileiras.

Análise: Pendência **atendida**.

3. Embora a redação do TCLE esteja clara e sucinta, consta o seguinte trecho: "O exame é uma observação da boca, feita na própria escola ou na residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado" (grifo nosso). Tal afirmação não está de acordo com a Resolução CNS 196/96 item V: "Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade". Solicita-se adequação.

Resposta: Houve alteração no TCLE, retirando o grifo e incluindo que "Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e os benefícios que você terá serão indiretos".

Análise: Pendência **atendida**.

4. Embora este seja um estudo do Ministério da Saúde, e os valores a serem gastos tenham sido descritos no orçamento, não foi informado qual será a fonte dos recursos do estudo. Solicitam-se esclarecimentos e adequação.

Resposta: Foi incluído no item 5. Orçamento: "Este projeto está sendo financiado com recursos do Fundo Nacional de Saúde. A divisão dos recursos com relação às rubricas está descrito a seguir".

Análise: Pendência **atendida**.

5. Solicita-se que seja esclarecido quais serão os modos de assistência e acompanhamento garantidos aos sujeitos de pesquisa que, durante os exames do estudo em tela, forem identificados com problemas de saúde bucal (conforme os itens III.3.1m, "n" e "p" da Resolução CNS 196/96). Tais informações devem estar explícitas, também, no TCLE. Solicitam-se esclarecimento e adequação.

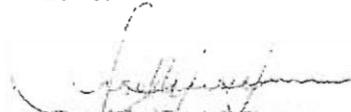
Resposta: Houve a inclusão no item 4. Implicações Éticas o seguinte texto: "Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente encaminhado a uma Unidade de Saúde, onde será atendido." O mesmo texto foi inserido no TCLE.

Análise: Pendência **atendida**.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Brasília, 07 de janeiro de 2010.


Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

ANEXO 2



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil 2010) realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Estado da Saúde, Secretarias Municipais, Entidades Odontológicas e Universidades.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Nessa investigação científica, serão examinados os dentes e as gengivas de crianças e adultos da população do seu município, escolhidos por sorteio. O exame é uma observação da boca, feita na própria escola ou na residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos.

Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor conhecimento a respeito das doenças bucais na população brasileira de modo a organizar os serviços de maneira mais racional e efetiva.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente encaminhado a uma Unidade de Saúde, onde será atendido.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para *<coordenador local da pesquisa>*, no endereço *<endereço da instituição>* ou pelo telefone *<telefone da instituição>*.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde no endereço:

Esplanada dos Ministérios - Bloco G, Anexo B - sala 436 b - CEP: 70.058-900 Brasília - DF - Fone: (61) 3315-2951.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento**Para participante individual (18 anos e mais)**

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Projeto SBBrasil 2010** e autorizo a realização do exame

Data ____/____/____

Nome em letra de forma

Assinatura ou impressão dactiloscópica

**Para Pais ou Responsáveis de menores de 18 anos**

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Projeto SBBrasil 2010** e autorizo a realização do exame em

Data ____/____/____

Responsável

Nome em letra de forma

Assinatura ou impressão dactiloscópica

Pesquisador

Nome em letra de forma

Assinatura



Avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e autopercepção de saúde bucal

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

- 1** Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar X para "não sabe / não respondeu"
- 2** Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar X para "não sabe / não respondeu"
- 3** Quantos bens tem em sua residência?
Considere como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros. Varie de 0 a 11 bens. Marcar X para "não sabe / não respondeu"
- 4** No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?
1-Mais de R\$ 1.500; 2-De R\$ 1.000 a R\$ 1.500; 3-De R\$ 500 a R\$ 1.000; 4-De R\$ 200 a R\$ 500; 5-De R\$ 100 a R\$ 200; 6-De R\$ 50 a R\$ 100; 7-Mais de R\$ 500; 8-Não sabe/não respondeu

ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS

- 5** Até que série o sr(a) estudou?
Fazer a convenção e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar X para "não sabe / não respondeu"
- 6** O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?
0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 7** Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente?
0-Não; 1-Sim; 9-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 8** Aponte na escala o quanto foi esta dor **1** (um) significa muito pouca dor e **5** (cinco) uma dor muito forte (mostrar a escala no anexo do manual)
- 9** Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?
0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 10** Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez?
1-Menos de um ano; 2-Um a dois anos; 3-Tris anos ou mais; 9-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 11** Onde foi a sua última consulta?
1-Serviço público; 2-Serviço particular; 3-Plano de Saúde ou Convênio; 4-Outros; 9-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 12** Qual o motivo da sua última consulta?
1-Revista, prevenção ou check-up; 2-Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5-Outros; 9-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 13** O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta?
1-Muito bom; 2-Bom; 3-Regular; 4-Ruim; 5-Muito Ruim; 9-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu

AUTOPERCEÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

- 14** Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está:
1-Muito satisfeito; 2-Satisfeito; 3-Nem satisfeito nem insatisfeito; 4-Insatisfeito; 5-Muito insatisfeito; 9-Não sabe / Não respondeu
- 15** O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?
0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 16** Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 16.1.** Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?
- 16.2.** Os seus dentes o incomodaram ao escovar?
- 16.3.** Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?
- 16.4.** Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?
- 16.5.** Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?
- 16.6.** Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?
- 16.7.** Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?
- 16.8.** Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho?
- 16.9.** Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?