



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

**INFLUÊNCIA DA RAÇA NA DOR DE ORIGEM DENTAL EM ADOLESCENTES
NO BRASIL**

Thamyres Kéllen Nogueira Bezerra

**Araruna/ PB
2015**

THAMYRES KÉLLEN NOGUEIRA BEZERRA

**INFLUÊNCIA DA RAÇA NA DOR DE ORIGEM DENTAL EM ADOLESCENTES NO
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso 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.

B574i Bezerra, Thamyres Kéllen Nogueira
Influência da raça na dor de origem dental em adolescentes no Brasil [manuscrito] / Thamyres Kellen Nogueira Bezerra. - 2015.
30 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Tecnologia e Saúde, 2015.

"Orientação: Dr. Pierre Andrade Pereira de Oliveira,
Departamento de odontologia".

1.Odontologia. 2.Odontologia social. 3.Saúde bucal. I.
Título.

21. ed. CDD 617.6

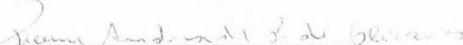
**INFLUÊNCIA DA RAÇA NA DOR DE ORIGEM DENTAL EM
ADOLESCENTES NO BRASIL**

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.

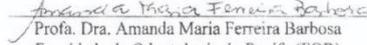
Orientador: Prof.Dr. Pierre Andrade Pereira de Oliveira

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 primeiramente a Deus, que me deu forças para trilhar meus caminhos, e a meus pais Dionisio e Josefa que se fizeram presente em toda minha caminhada da acadêmica, e as minhas irmãs Priscilla e Lorena.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o mestre dos mestres, por conduzir e iluminar minha vida, me fortalecendo nos momentos de dúvida e fraqueza, me dando sabedoria e segurança nos momentos necessários.

A Virgem Maria, por ser o meu escudo protetor de todos os momentos de minha vida.

Agradeço também a meus pais Dionisio Bezerra da Silva Filho e Josefa Mota Nogueira Bezerra, por serem meu “porto seguro”, por serem sinônimos em minha vida de: amor, carinho, compreensão e dedicação, que abdicaram de seus próprios desejos para realizarem os meus. Sendo exemplos em que posso me espelhar, e a rocha em que posso me apoiar. Amo incondicionalmente

As minhas irmãs Berta Priscilla Nogueira Bezerra e Lorena Kívia Nogueira Bezerra, por se fazerem presentes na minha formação e que sempre serão meu apoio na vida.

A meu cunhado Paulo Emanuel Medeiros, pelos conhecimentos a mim repassados e apoio, contribuindo na minha formação.

A minhas tias, em especial as tias Ângela e Valdelice, pelos conselhos e apoio, durante toda minha caminhada na universidade.

Ao meus demais familiares e amigos, pela contribuição.

A minhas duas colegas e amigas Nicolle Fagherazzi e Joyce Fernanda Rocha Fernandes, que estiveram juntas comigo não só na realização deste trabalho, mais em toda minha trajetória acadêmica, por tudo que pudemos compartilhar, a convivência, as alegrias, as frustrações, as descobertas, enfim por todos os momentos que compartilhamos juntas.

Ao professores, por compartilharem seus conhecimentos durante minha jornada acadêmica.

Ao Professor Pierre Andrade Pereira de Oliveira, meu orientador, pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho, pelas suas correções, dedicação e incentivos, por acompanhar minha vida acadêmica desde o início, o meu muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS:	Organização Mundial da Saúde
IASP:	Associação Internacional para Estudos da Dor
SUS:	Sistema Único de Saúde
CPO-D:	Dentes cariados, perdidos e obturados
SBBrazil:	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Dor de Dente: A dor de dente, ou odontalgia, é geralmente definida como um tipo de dor orofacial originada nos dentes e suas estruturas de suporte, como consequência de doenças como cárie, periodontais e traumatismo dentário (GOES et al, 2006).

Dor: De acordo com o comitê de taxonomia da Internacional Association for the Study of Pain (IASP) dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais (BORGES et al., 2008).

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

Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	10
3. ARTIGO	11
RESUMO	12
ABSTRACT	13
INTRODUÇÃO	14
MÉTODOS	16
RESULTADOS	19
DISCUSSÃO	21
CONCLUSÃO	25
4. ANEXO	26
REFERÊNCIAS	26

1. INTRODUÇÃO

A discussão sobre as diferenças raciais na saúde ainda são incipientes no Brasil, aumentando a necessidade de evidenciar o impacto no processo saúde-doença dos grupos minoritários, afetados por tais desigualdades e injustiças sociais (ARAÚJO, 2009).

O termo raça deve ser compreendido como construto social, sendo usada como uma variável que carrega as construções históricas, culturais e socioeconômicos e um forte indicador da falta de equidade no acesso à educação, trabalho e serviços de saúde. A raça ajuda a elucidar como a maneira preconceituosa e discriminatória pode levar às desigualdades, estruturando desvantagens que determinam posição de menor valor para os grupos discriminados (PEARCE, 2004; ARAÚJO, 2009).

A preocupação com as iniquidades raciais em saúde vem ganhando espaço e são expressas pelos diferenciais nos riscos de adoecer e de morrer, originados de condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços. As diferenças são consideradas iníquas se decorrem do fato das pessoas disporem de escolhas limitadas, terem acesso restrito a recursos de saúde e estarem mais expostas a fatores prejudiciais. Diversos estudos documentam disparidades na saúde de grupos raciais distintos, em termos de morbimortalidade, e em relação ao acesso dos serviços de saúde (BATISTA, 2002; CRUZ, 2006; PINHEIRO, 2008; BARROS, 2008).

No Brasil, a maioria dos estudos realizados sobre dor orofacial estão relacionados com as disfunções têmporo-mandibulares, o que reflete a necessidade de evidenciar o impacto que a dor de origem dental tem na busca por serviços odontológicos (LACERDA, 2004).

A dor de origem dental é uma das principais razões pelas quais os pacientes procuram atendimento odontológico. A Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) conceitua-a como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada a lesões reais ou potenciais” de caráter subjetivo onde “cada indivíduo utiliza a palavra dor de acordo com o aprendizado frente a suas experiências prévias”. A dor tem sido historicamente considerada apenas como um

sintoma, cujas características irão orientar o diagnóstico das morbidades, nos ensinamentos na área da saúde (CARNEIRO, 2009). Segundo Ekanayake (2002), a dor de origem dental é um significativo preditor de utilização dos serviços. O estudo sobre saúde bucal de adultos dentados no Reino Unido indica que a dor é o problema de maior frequência nos últimos 12 meses (40%), interferindo diretamente sobre as atividades cotidianas (LACERDA, 2004). A Dor é definida como “categoria de experiências múltiplas e únicas, as quais possuem diferentes causas e características”. Desse modo, a dor dental, proveniente dos dentes e estruturas adjacentes, encaixa-se nessa definição e tem como principais causas a cárie, a doença periodontal, a sensibilidade cervical e o trauma dentário, além de outros fatores de origem não odontogênicas. A dor dental também é caracterizada como um importante problema de saúde pública mundial (CARVALHO, 2011).

Argumenta-se que a dor dental pode afetar a qualidade de vida, levando a distúrbios do sono, diminuição da eficácia do trabalho, ausência escolar, deficiência nutricional. Dor de dente também tem sido identificada como um preditor na busca por acesso aos serviços de saúde bucal, bem como um elemento importante para o planejamento adequado de serviços de saúde bucal (BASTOS, 2005).

O estudo realizado por Pinto (2012), revela que a queixa de dor é uma indicação da gravidade do problema de saúde bucal que motivou a procura por atendimento. Ela pode refletir a não aproveitamento frequente de serviços odontológicos e usualmente essas queixas são atendidas em consultas de urgência. Pacientes odontológicos atendidos em caráter de urgência retornam para novos atendimentos com maior frequência e recebem mais procedimentos cirúrgicos, que representam uma solução pontual dos problemas. Esses pacientes, a longo prazo, apresentarão mais necessidades de tratamento acumuladas, iniciando um ciclo de atendimentos emergenciais que impactam negativamente a sua saúde bucal (PINTO, 2015).

Sabe-se que a dor de dente é um fator de predição para a utilização dos serviços odontológicos, já que a sensação dolorosa estimula a visita ao dentista (ALEXANDRE, 2006). Quanto ao acesso a serviços, há evidências de que a utilização de serviços de saúde entre grupos sociais distintos é provocada por diferentes motivos: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista por problemas de saúde bucal auto percebidos, indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento (ADAY, 1992). Dessa forma, a presença de barreiras e o acesso restrito aos serviços odontológicos poderiam resultar em menor número de oportunidades para detecção e tratamento precoces da cárie dentária e outros agravos à saúde bucal, com decorrente prevenção dos casos de dor (BASTOS, 2007).

Tendo em vista o exposto, o objetivo deste trabalho foi investigar a relação da dor de origem dental e as desigualdades raciais em adolescentes no Brasil.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Investigar a relação da dor de origem dental e as disparidades raciais em adolescentes no Brasil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a amostra segundo variáveis sociodemográficas;
- Verificar se a dor de origem dental tem associação com condições socioeconômicas;
- Investigar a existência de disparidade de dor dentária em adolescentes entre 15 e 19 anos brancos e negros no Brasil.

3. INFLUÊNCIA DA RAÇA NA DOR DE ORIGEM DENTAL EM ADOLESCENTES DO BRASIL

Race Influence on Dental Origin in Pain Teens of Brazil

Thamyres Kéllen Nogueira Bezerra¹

Nicolle Fagherazzi¹

Joyce Fernanda Fernandes¹

Pierre Andrade Pereira deOliveira²

1. Acadêmico do Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna – PB, Brasil.

2. Professor Doutor Orientador do Estudo.

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: Perreandrade@hotmail.com

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

INFLUÊNCIA DA RAÇA NA DOR DE ORIGEM DENTAL EM ADOLESCENTES DO BRASIL

Race Influence on Dental Origin in Pain Teens of Brazil

RESUMO

O presente trabalho analisou a influência da raça na dor dentária em adolescentes brasileiros. O estudo é do tipo transversal com a utilização de dados secundários coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010. Foram incluídos todos os indivíduos pertencentes a faixa etária de 15 a 19 anos, que se declararam brancos, pardos ou pretos. A amostra foi constituída por 5.292 adolescentes sendo 2.203 brancos e 3.089 negros (agregação de pardos e pretos). Para fins estatísticos foi realizada a análise bivariada usado o teste Qui-quadrado e para análise multivariada, regressão logística foi encontrada uma prevalência de 24,2% de dor de origem dental. Os negros apresentaram um maior percentual quando origem dental (27,6%) comparados aos brancos (19,6%). Mesmo ajustado no modelo por sexo, idade, escolaridade e renda o negro continúa a apresentar maior prevalência de dor de origem dental (1.31) OR que brancos.

Palavras chaves: Dor de dente, Adolescentes, Saúde bucal, Negros.

ABSTRACT

This study examined the influence of race on dental pain among adolescents. The study is cross-sectional with the use of secondary data collected by the National Oral Health Survey in 2010. We included all individuals from the age group 15-19 years who reported they were white, brown or black. The sample consisted of 5,292 adolescents and 2,203 whites and 3,089 blacks (aggregation of browns and blacks). For statistical purposes was performed bivariate analysis using the chi-square test and multivariate analysis, logistic regression was found a prevalence of 24.2% of dental pain. Blacks had a higher percentage when dental origin (27.6%) compared to whites (19.6%). Even adjusted for sex model, age, education and income continuous black to have a higher prevalence of dental pain (1:31) OR than whites.

Key words: Toothache, Teens, Oral health, Negros.

INTRODUÇÃO

A discussão sobre as diferenças raciais na saúde ainda são incipientes no Brasil, aumentando a necessidade de evidenciar o impacto no processo saúde-doença dos grupos minoritários, afetados por tais desigualdades e injustiças sociais¹.

O termo raça deve ser compreendido como construto social, sendo usada como uma variável que carrega as construções históricas, culturais e socioeconômicos e um forte indicador da falta de equidade no acesso à educação, trabalho e serviços de saúde. A raça ajuda a elucidar como a maneira preconceituosa e discriminatória pode levar às desigualdades, estruturando desvantagens que determinam posição de menor valor para os grupos discriminados^{1,2}.

A preocupação com as iniquidades raciais em saúde vem ganhando espaço e são expressas pelos diferenciais nos riscos de adoecer e de morrer, originados de condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços. As diferenças são consideradas iníquas se decorrem do fato das pessoas disporem de escolhas limitadas, terem acesso restrito a recursos de saúde e estarem mais expostas a fatores prejudiciais. Diversos estudos documentam disparidades na saúde de grupos raciais distintos, em termos de morbimortalidade, e em relação ao acesso dos serviços de saúde^{1,2-6}.

No Brasil, a maioria dos estudos realizados sobre dor orofacial estão relacionados com as disfunções têmporo-mandibulares, o que reflete a necessidade de evidenciar o impacto que a dor de origem dental tem na busca por serviços odontológicos⁷.

A dor de origem dental é uma das principais razões pelas quais os pacientes procuram atendimento odontológico. A Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) conceitua-a como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada a lesões reais ou potenciais” de caráter subjetivo onde “cada indivíduo utiliza a palavra dor de acordo com o aprendizado frente a suas experiências prévias”. A dor

tem sido historicamente considerada apenas como um sintoma, cujas características irão orientar o diagnóstico das morbidades, nos ensinamentos na área da saúde⁸. Segundo Ekanayake (2002), a dor de origem dental é um significativo preditor de utilização dos serviços. O estudo sobre saúde bucal de adultos dentados no Reino Unido indica que a dor é o problema de maior frequência nos últimos 12 meses (40%), interferindo diretamente sobre as atividades cotidianas⁷. A Dor é definida como “categoria de experiências múltiplas e únicas, as quais possuem diferentes causas e características”. Desse modo, a dor dental, proveniente dos dentes e estruturas adjacentes, encaixa-se nessa definição e tem como principais causas a cárie, a doença periodontal, a sensibilidade cervical e o trauma dentário, além de outros fatores de origem não odontogênicas. A dor dental também é caracterizada como um importante problema de saúde pública mundial¹⁰.

Argumenta-se que a dor dental pode afetar a qualidade de vida, levando a distúrbios do sono, diminuição da eficácia do trabalho, ausência escolar, deficiência nutricional. Dor de dente também tem sido identificada como um preditor na busca por acesso aos serviços de saúde bucal, bem como um elemento importante para o planejamento adequado de serviços de saúde bucal¹¹.

O estudo realizado por Pinto (2012), revela que a queixa de dor é uma indicação da gravidade do problema de saúde bucal que motivou a procura por atendimento. Ela pode refletir a não aproveitamento frequente de serviços odontológicos e usualmente essas queixas são atendidas em consultas de urgência. Pacientes odontológicos atendidos em caráter de urgência retornam para novos atendimentos com maior frequência e recebem mais procedimentos cirúrgicos, que representam uma solução pontual dos problemas. Esses pacientes, a longo prazo, apresentarão mais necessidades de tratamento

acumuladas, iniciando um ciclo de atendimentos emergenciais que impactam negativamente a sua saúde bucal¹².

Sabe-se que a dor de dente é um fator de predição para a utilização dos serviços odontológicos, já que a sensação dolorosa estimula a visita ao dentista¹³. Quanto ao acesso a serviços, há evidências de que a utilização de serviços de saúde entre grupos sociais distintos é provocada por diferentes motivos: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista por problemas de saúde bucal auto percebidos, indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento¹⁴. Dessa forma, a presença de barreiras e o acesso restrito aos serviços odontológicos poderiam resultar em menor número de oportunidades para detecção e tratamento precoces da cárie dentária e outros agravos à saúde bucal, com decorrente prevenção dos casos de dor¹⁵.

Tendo em vista o exposto, o objetivo deste trabalho foi investigar a relação da dor de origem dental e as desigualdades raciais em adolescentes 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 (SB BRASIL). 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. Assim a amostra foi constituída por 5.292 adolescentes dos quais 2.203 brancos e 3.089 negros (soma de pretos e pardos).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (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 autoclassificação que consiste na declaração do indivíduo sobre uma das cores/raça padronizadas: branco, pardo, preto, amarelo ou indígena^{16,17}.

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^{18,19,20}. E é com base nessas recomendações que este estudo utilizou para classificação da variável raça a junção dos pardos e pretos formando a raça negra.

A variável dor de origem dental nos últimos seis meses foi categorizada como (1) Não apresentou nenhuma dor de origem dental e (2) Sim, apresentou dor.

Para resumo e análise dos dados utilizou-se o programa estatístico SPSS (Statistical 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 explicar no aumento da dor de dente, sendo considerado um modelo ajustado em duas fases, (1) sexo e idade, (2) sexo, idade, escolaridade e renda.

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 sobe 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, negras, com ensino fundamental incompleto ou completo e renda entre R\$501,00 e R\$1.500,00. A prevalência de dor dentária foi de 24,2% (Tabela 1).

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
Dor de dente		
Não	3995	75,7
Sim	1279	24,2
Sem informação	18	0,3
Total	5292	100

Fonte: (SB BRASIL, 2010).

Com relação à dor de origem dental a análise bivariada mostrou que negros, mulheres, adolescentes com 18 anos, com menor escolaridade e renda sofreram mais com esse agravo em saúde bucal. As relações foram estatisticamente significativas para raça, sexo, escolaridade e renda (Tabela 2).

A variável dor de origem dental no modelo sem ajuste mostra que os negros apresentam mais dor de origem dental que brancos. Ao ser incluído no modelo sexo e idade a relação pouco se altera, quando acumulada a escolaridade e renda a relação sofre uma redução relevante, mas não consegue sanar as desigualdades (Tabela 2).

TABELA 2 – Modelo de análise bivariada e multivariada da raça e dor de dente em adolescentes do Brasil, SB 2010

Variáveis	Dor		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.)	Valor P
Raça			<0,001						
Branco	80,4	19,6		1		1		1	
Negro	72,4	27,6		1,56 (1,37-1,78)	<0,001	1,57 (1,37-1,79)	<0,001	1,31 (1,13-1,50)	<0,001
Sexo			<0,001						
Masculino	78,8	21,2		0,73 (0,64-0,83)	<0,001	0,74 (0,65-0,84)	<0,001	0,75 (0,66-0,86)	<0,001
Feminino	73,2	26,8		1		1		1	
Idade			0,115						
15 anos	76,8	23,2		0,91 (0,75-1,10)	0,364	0,92 (0,76-1,12)	0,421	0,68 (0,55-0,84)	<0,001
16 e 17 anos	76,6	23,4		0,92 (0,77-1,11)	0,423	0,95 (0,79-1,13)	0,581	0,83 (0,68-1,00)	0,058
18 anos	73,1	26,9		1,11 (0,91-1,36)	0,279	1,13 (0,92-1,38)	0,263	1,07 (0,86-1,33)	0,516
19 anos	75,2	24,8		1	0,136	1	0,164	1	<0,001
Escolaridade			<0,001						
Analfabeto e funcional	53,1	46,9		3,84 (2,85-5,19)	<0,001			3,76 (2,73-5,19)	<0,001
Fundamental	72,5	27,5		1,64 (1,44-1,88)	<0,001			1,75 (1,50-2,03)	<0,001
Médio ou mais	81,3	18,7		1	<0,001			1	<0,001
Faixa de Renda			<0,001						
Até R\$250	65,6	34,4		2,53 (1,77-3,62)	<0,001			1,86 (1,28-2,70)	0,001
Entre R\$251 a 500	68,7	31,3		2,19 (1,78-2,70)	<0,001			1,84 (1,48-2,29)	<0,001
Entre R\$501 a 1500	73,8	26,2		1,71 (1,46-2,00)	<0,001			1,49 (1,26-1,76)	0,318
Acima de R\$1.500	82,9	17,1		1	<0,001			1	<0,001

* Todos significantes segundo o teste qui quadrado valor $p < 0,001$, exceto idade $p = 0,115$.

Fonte: (SB BRASIL, 2010).

DISCUSSÃO

Lacerda⁷ enfatiza que no Brasil, a prevalência de dor de origem dental tem se apresentado como o sintoma mais frequente dentre os aspectos de dor orofacial estudados. Representa um fator significativo orientador da procura aos serviços de assistência, concordando com o estudo de Bastos¹¹ onde a dor de origem dental tem sido reconhecida com um fator predeterminante na busca por acesso aos serviços de saúde bucal. Estudo realizado por Carneiro⁸ mostra ainda que a utilização do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando como princípio a “universalidade”, ainda é restrita. Sendo a busca a Serviços odontológicos determinados por fatores socioeconômicos.

No presente estudo 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.

Este estudo legitima as pesquisas que explicam a influência da raça e dor de dente em adolescentes do Brasil, reportando-se aos determinantes sociais de saúde como fator influente na pior condição de saúde da população brasileira. Os resultados da presente pesquisa indicam que a presença das variáveis: idade, escolaridade, sexo, raça e renda, são determinantes como parte da interpretação com relação à dor de dente e acesso aos serviços de saúde bucal. As relações foram estatisticamente significantes para raça, sexo, escolaridade e renda.

Esse estudo comprova ainda que mulheres, negras, adolescentes com 18 anos, com menor escolaridade e renda sofreram mais com a dor de origem dental, corroborando com os estudos de Borges et al.²¹ Este observou que existe maior prevalência de cárie e perdas dentárias entre as mulheres do que nos homens, justificando o maior relato de dor de dente entre as mesmas. Geralmente, o maior relato de dor de origem dental sentida entre as

mulheres pode relacionar-se aos níveis mais altos de estresse psicológico, ansiedade e depressão²². No que diz respeito ao fator socioeconômico, os resultados são compatíveis com o estudo Slade²³, neste foi relato que indivíduos pertencentes aos grupos socioeconômicos de menor renda e menor escolaridade têm piores condições de vida, menos acesso e menor utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, possuem as piores condições bucais. Sabe-se que o componente psicossocial também pode influenciar a dor, uma vez que a privação e o estresse causados por piores condições de vida poderão potencializá-la²³.

Foi verificada associação entre condição socioeconômica e prevalência de dor de origem dental, reforçando os achados na literatura, que revela limitações no acesso aos serviços de saúde bucal por raça. No caso da assistência odontológica a nível Brasil as diferenças são enormes: o percentual de negros que nunca foram ao dentista chega a 24%, quase o dobro do percentual de brancos na mesma situação (14%). Outro dado importante é que o percentual de brancos com plano de saúde é 2,22 vezes o de negros²⁴. A população negra tende a relatar problemas de saúde no período recente com mais frequência que a população branca. Principais diferenças são vistas no acesso a serviços de saúde, com dados indicando que atendimento médico, consultas, planos de saúde e tratamento odontológico são mais acessíveis à população branca²⁴.

A associação entre condições socioeconômicas e a prevalência de dor de origem dental encontrada no presente estudo, pode estar associado a frequência de utilização dos serviços de saúde, como relatado no estudo de Pinheiro²⁵ e Pinto¹². Segundo os mesmo estudos, existem diferenças na utilização de serviços e na condição de saúde geral em função de características da área de residência dos indivíduos, associações positivas foram encontradas para as áreas que apresentavam melhores condições de vida, maior oferta de serviços preventivos, de assistência médica básica ou especializada.

De acordo com a literatura, indivíduos com piores condições sócio econômicas apresentam piores condições de vida e, possivelmente, apresentam maior número de agravos à saúde bucal, dentre eles, a dor de dente²⁶. Em relação à cor da pele, as diferenças podem ser atribuídas às desigualdades sociais, observando-se que, geralmente, pretos e pardos tendem a apresentar as piores condições de vida e de saúde do que indivíduos brancos^{23,27,28,29,30}. Sendo assim, os resultados do presente estudo correspondem aos achados no estudo de Berkman, no qual o ambiente social se constituiria um dos caminhos indiretos pelos quais a estrutura social ilustrada poderia atuar sobre a odontalgia³¹.

A maior ocorrência de dor de origem dental em indivíduos com menor renda e escolaridade encontrada no presente estudo, concorda com o estudo de Bastos, que argumenta que escolaridade e renda poderiam influenciar a ocorrência de odontalgia, na medida em que indivíduos mais abastados e/ou com maior grau de instrução teriam maior chance de viver em habitações de melhor qualidade e com instalações básicas, que poderiam prevenir infecções e doenças. Além disso, estes grupos poderiam ter maior chance de: (a) desenvolver hábitos saudáveis em saúde bucal; (b) apresentar renda suficiente para aquisição de produtos de higiene oral; e (c) fazer escolhas saudáveis em suas dietas¹¹.

Pode-se observar neste estudo que os negros apresentam mais dor de dente que os brancos. Esta maior chance de indivíduos negros apresentarem dor de dente com relação ao branco pode estar relacionada na questão do conceito “raça”. A raça deve ser compreendida, não do ponto de vista biológico, mas como variável social que traz em si a carga das construções históricas e culturais, representando um importante determinante da falta de equidade em saúde entre grupos raciais. Deste modo, a raça abre caminhos para explicitar como a maneira preconceituosa e discriminatória pode levar às desigualdades

econômicas e sociais estruturando desvantagens que determinam posição de menor valor para os grupos discriminados¹. Sendo assim, a maior chance de indivíduos negros apresentarem mais dor de dente com relação ao branco pode estar relacionada ao meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento que coloca o negro brasileiro em condições de vulnerabilidade³².

Portanto, em pesquisas médicas e epidemiológicas a variável “raça” deve ser utilizada enquanto construto social, mais relacionada a fatores ambientais e sociais do que genéticos, haja vista a determinação genética explicar apenas uma parte ínfima do adoecimento e mortalidade das populações².

A investigação da prevalência de dor de dente e de fatores associados, tais como, idade, sexo, renda, escolaridade, hábitos, dentre outros, são importantes tanto para o plano individual, como coletivo. Em posse deste conhecimento, estratégias preventivas e recursos podem ser melhores planejados para a diminuição da dor dental e, conseqüentemente, toda sua repercussão tanto individual, quanto social³³.

É relevante evidenciar os pontos positivos desta pesquisa. O tamanho da amostra, sua representatividade populacional e o tipo de análise estatística realizada apresentam-se como pontos fortes do presente estudo. O SB-Brasil 2010 foi um levantamento epidemiológico financiado pelo Ministério da Saúde e abrange milhares de profissionais para sua realização. O SB-Brasil 2010 tem um comprometimento junto a população na busca de respostas conclusivas para utilização na melhoria do funcionamento do SUS.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo permitem concluir que os adolescentes negros apresentaram maior prevalência de dor de origem dental do que brancos. Mesmo após ajuste por variáveis socioeconômicas os negros continuaram com maior dor de origem dental. Esta desigualdade pode ser justificada pelo construto social que envolve a variável raça. As iniquidades raciais são resultados das condições heterogêneas de existência do acesso a bens e serviços. Essas condições heterogêneas impõem escolhas limitadas aos negros. Esse estudo portanto, confirma as pesquisas que mostram a desigualdade na saúde com relação à variável raça.

4. ANEXO

REFERÊNCIAS

1. ARAUJO, E. M. et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface Comun. Saúde Educ*, 2009; 13(31):383-394p.
2. PEARCE, N. et al. Genetics, race, ethnicity and health. *BMJ*, 2004. 328:1070-72p.
3. BATISTA, L.E. Homens e mulheres negros: saúde, doença e morte. [tese de doutorado]. Araraquara, SP: Universidade Estadual Paulista, 2002.
4. CRUZ; FONSECA, I.C. O Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. *Journal of Nursing*, 2006. 5(2)p.
5. BARROS, F.S.; MENEGHEL, S.N.; OLINTO, M.T.A. Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2008. 17(2):138-41p.
6. PINHEIRO L. et al. Retrato das desigualdades de gênero e raça. Brasília: Ipea, SPM, Unifem, 3ª edição, 2008.
7. LACERDA, J. et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Florianópolis: *Rev. Saúde Pública*, 2004. 453-458p.
8. CARNEIRO, F. et al. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, 2009. 1827-1838p.
9. EKANAYAKE L.; MENDIS R. Self-reported use of dental services among employed adults in Sri Lanka. *Int Dent J*2002; 52:151-5.
10. CARVALHO, J.C.; REBELO, M.A.B.; VETTORE, M.V. Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Saúde da Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011. 4107-4114p.

11. BASTOS, J.L.D.; NOMURA, L.H.; PERES, M.A. Dor de dente, status socioeconômico e cárie dentária em adultos jovens do sul do Brasil. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2005. 1416-1423p.
12. PINTO, R.S.; MATOS, D.L.; FILHO, A.I.L. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva, 2012. 531-544p.
13. ALEXANDRE G. C.; NADANOVSKY P.; LOPES C. S.; FAERTEIN E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22:1073-8.
14. ADAY L. A.; FORTHOFFER R. N. A profile of black and Hispanic subgroups' access to dental care: findings from the National Health Interview Survey. J Public Health Dent 1992; 52:210-5.
15. BASTOS, J. L. D.; GIGANTE D. P.; PERES K. G.; NEDEL F. B. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(6):1611-1621.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demogr., Rio de Janeiro, p. 1-178, 2000.
17. BASTOS, J. L, et al. Diferenças socioeconômicas entre autoclassificação e heteroclassificação de cor/raça. Rev. Saúde Pública, 2008.
18. 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 Saúde Pública, 2004.
19. OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. Estud. Av, 2004.
20. BRASIL, Lei nº. 12.288 de 20 de julho de 2010 – Estatuto da Igualdade Racial.
21. BORGES C. M. et al. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2008. 24(8):1825-1834.

22. DAO T. T.; LERESCHE L. Gender differences in pain. *J Orofac Pain* 2000; 14:169-84.
23. SLADE G. D. Epidemiology of dental pain and dental caries among children and adolescents. *Community Dent Health* 2001; 18:219-27.
24. BRASIL, Pnud. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas Racial Brasileiro. Brasília: PNUD, 2004.
25. PINHEIRO, R.S.; TORRES, T.Z.G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva*, 2006. 999-1010p.
26. NOMURA L. H.; BASTOS J. L. D.; PERES M. A. Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren, Southern Brazil, 2002. *Braz Oral Res* 2004; 18:134-40.
27. STEMBAACH R. A. Survey of pain in the United States: the Nuprin Pain Report. *Clin J Pain* 1986; 2:49-53
28. LOCKER D.; GRUSHKA M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of mail survey. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15:169-72.),
29. LIPTON J. A.; SHIP J. A.; LARACH-ROBINSON D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 1993; 124:115-21)
30. HONKALA E.; HONKALA S.; RIMPELÄ A.; RIMPELÄ M. The trend and risks factors of perceived toothache among finnish adolescents from 1977 to 1997. *J Dent Res* 2001; 80:1823-7
31. BERKMAN L. F.; GLASS T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, organizadores. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 137-73.

32. GUIMARÃES, M. A. Vulnerabilidade subjetiva. In: Seminário a vulnerabilidade da população afro-brasileira á epidemia de HIV/AIDS. Rio de Janeiro, 2001.
33. KNACKFUSS, A. P.; COSTENARO R. G. S.; ZANATTA F. B. Dor odontológica e indicadores de risco em jovens. RGO – Porto Alegre: Rev Gaúcha Odontol.2011; p.185-191.