



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

**USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES BRANCOS E NEGROS DO
BRASIL**

Francisco Adeilson do N. Costa

Araruna / PB

2015

Francisco Adeilson do N. Costa

**USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES BRANCOS E NEGROS DO
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: Prof. Dr. Pierre Andrade P. de Oliveira

Araruna / PB

2015

FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

C817c Costa, Francisco ~~Adelson~~ do Nascimento.
 Uso dos serviços de saúde bucal no sistema único de
 saúde entre adolescentes brancos e negral do Brasil.
 [manuscrito] /Alessandra Gomes Brandão. – 2015.
 151 f.

 Digitado.
 Trabalho Acadêmico (Graduação em odontologia) –
 Universidade Estadual da Paraíba, 2015.
 “Orientação: Prof. Dr. Pierre Andrade P. de Oliveira.
 Departamento de odontologia.

 1. Odontologia. 2. Odontologia social. 3. Raças.
 I. Título.

21. ed. CDD 617.6

FRANCISCO ADEILSON DO N. COSTA

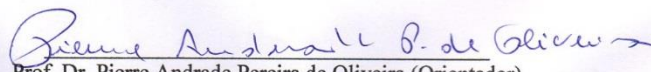
**USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES BRANCOS E NEGROS DO
BRASIL**

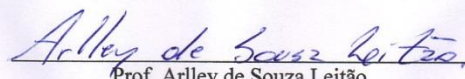
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à coordenação do curso de Odontologia da
UEPB - Campus VIII como requisito para
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

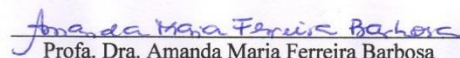
Orientador: Prof.Dr. Pierre Andrade Pereira de Oliveira

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)

Ao meu irmão Carlos André por sempre ter acreditado em meu potencial até mesmo quando eu não sabia que este existia. Por ter me guiado para o caminho dos estudos e me ensinado a não baixar a cabeça nos momentos de dificuldades e que o impossível pode sempre ser possível desde que acreditemos do fundo da nossa alma.

AGRADECIMENTOS

A Deus por toda bondade para comigo e por ter me dado força para enfrentar as situações mais diversas no decorrer desta jornada, sempre mostrando os melhores caminhos a serem trilhados pra que chegasse a um resultado de sucesso.

Ao meu orientador Dr. Pierre Andrade pela oportunidade e apoio. Por ter me escolhido como seu orientando, contribuindo de forma grandiosa para meu crescimento acadêmico e profissional.

Aos meus pais Francisco Diassis e Leidicione Anália que através de sua trajetória de lutas e sofrimento me deram forças para querer mudar nossas histórias através do estudo.

Aos meus irmãos Carlos André, José Adriano, Leidiane e Andresa.

Aos amigos da Universidade Euton Jerfesson, Ivan Gonçalves, Larissa Chaves, Hélder Ferreira, Heitor Borges, Sabrina Avelar, Alan Victor, Adriano Félix, Lauro Cantarelle e Victor Lins, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

Aos meus amigos de infância Wellington Lima, Renilson Alves, Erlandro Cardoso e João Paulo, por sempre estarem ao meu lado.

Á minha Tia Irenice e meu tio Zé que doaram mais de dez anos de suas vidas para me educar, de forma simples, mas com todo amor do mundo, me ensinando o que era certo e errado e sempre me incentivando a estudar. E aos meus primos do Sítio Macapá.

Agradeço a todos os professores, mas em especial à Gustavo Agripino, Rafael Grotta Gempel e Vanda Carneiro, por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

E por fim, a esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS.....	11
3 ARTIGO.....	12
3.1 RESUMO.....	13
3.2 ABSTRACT.....	14
3.3 INTRODUÇÃO.....	15
3.4 METODOLOGIA.....	17
3.5 RESULTADOS	19
3.6 DISCUSSÃO.....	22
3.7 CONCLUSÕES.....	25
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 sociais¹.

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 saúde²⁻⁵.

O termo raça deve ser compreendido como construto social, sendo usada como uma variável que carrega as construções históricas, culturais e socioeconômicas 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^{6,7}.

Como forma de combater tais iniquidades e a discriminação racial nos serviços e atendimentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado em 2006 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que visa garantir e ampliar o acesso aos serviços de saúde, incluir o tema de combate a discriminação, aprimorar a qualidade do sistema de informação com a coleta e análise do quesito raça e fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde⁸.

Alguns estudos começam a levantar as questões das iniquidades em saúde bucal da população por raça, revelando piores condições entre negros comparados aos brancos. A chance mais elevada de cárie não tratada^{9,10}, a maior concentração de doença periodontal¹¹, maior necessidade de prótese e

dificuldade no acesso ao dentista^{12,13} e a influência da raça como fator de decisão de tratamento¹⁴.

Tendo em vista o exposto, este estudo tem como objetivo analisar a existência de disparidades entre adolescentes brancos e negros e a utilização dos serviços de saúde bucal do Sistema Único de Saúde no Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Investigar a existência de disparidades entre adolescentes brancos e negros e a utilização dos serviços de saúde bucal do Sistema Único de Saúde no Brasil

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar a relação entre adolescentes brancos e negros e o primeiro acesso aos serviços de saúde bucal do Sistema Único de Saúde;

Verificar a relação do tempo da última visita aos serviços de saúde bucal do SUS;

Identificar a existência da relação entre a utilização dos serviços entre brancos e negros e a presença de elementos cariados ou dor de origem dental nos últimos seis meses.

USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES BRANCOS E NEGROS DO BRASIL

Use of oral health services system health only between white and black teens in Brazil

Francisco Adeilson do N. Costa¹

Pierre Andrade P. de Oliveira²

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

²Professor Doutor, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna-PB, Brasil.

Endereço para correspondência

Universidade Estadual da Paraíba/Campus VIII

Endereço: Rua Coronel Pedro Targino s/n; Araruna – Centro

Telefone: (83) 3373-1040

E-mail: pierreandrade@hotmail.com

USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES BRANCOS E NEGROS DO BRASIL

Use of oral health services system health only between white and black teens in Brazil

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a raça como fator limitante na utilização dos serviços odontológicos do Sistema Único de Saúde por adolescentes. O presente estudo é do tipo transversal com a utilização de dados secundários coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010. Foram incluídos residentes de todas as regiões do Brasil, na faixa etária de 15 a 19 anos, que utilizaram pela última vez os serviços de saúde bucal do SUS ou nunca terem foram ao Cirurgião Dentista. A amostra foi constituída por 2.866 adolescentes sendo 991 brancos e 1.875 negros. Para análise bivariada foi usado o teste Qui-quadrado e para análise multivariada um modelo de regressão logística. Dos brancos 30,2% nunca foram ao dentista enquanto que para os negros esse valor é de 23,9%. Após o ajuste por sexo, idade, dor, região, renda e escolaridade permanece uma maior razão de prevalência de utilização dos serviços pelos negros (1.26)OR. Quanto ao tempo de utilização verificou-se que 45,6% dos brancos e 36,6 dos negros usaram os serviços do SUS no último ano. Mesmo ajustado pelo modelo multivariado a razão de prevalência de utilização dos serviços pelo negro (0.84) OR permanece menor. Existem disparidades entre utilização dos serviços de saúde bucal do SUS entre adolescentes brancos e negros. Os negros foram mais ao dentista do SUS por pelo menos uma vez na vida que os brancos. Porém, o negro apresentou menor chance de ter visitado os serviços no último ano.

Palavras-Chave: Negros, Serviços de Saúde Bucal, Acesso aos Serviços de Saúde, Adolescentes.

ABSTRACT

Investigate whether there is disparity between white and black adolescents and the use of oral health services of the National Health System in Brazil. The present study is cross-sectional with the use of secondary data collected by the National Oral Health Survey in 2010. We included residents of all regions of Brazil, aged 15-19 years who used the last time the oral health services SUS or have never been to the dentist. The sample consisted of 2,866 adolescents and 1,875 blacks and 991 whites. For bivariate analysis, we used the chi-square test and multivariate logistic regression model. 30.2% of whites have never been to the dentist while for blacks that figure is 23.9%. After adjustment for sex, age, pain, region, income and education remains a greater prevalence ratio of use of services by blacks (1.26) OR. As for time of use it was found that 45.6% of whites and 36.6% of blacks have used the services of the NHS in the last year. Even the multivariate model adjusted prevalence ratio of utilization of services by black (0.84) remains lower OR. There are differences between use of oral health services SUS between white and black adolescents. Blacks were more SUS by the dentist at least once in life than whites. The black though, were less likely to have visited the services in the last year.

Keywords: Black, Oral health services, access to health services, Teens.

INTRODUÇÃO

A formação da raça brasileira é fortemente marcada pelo sistema colonial e escravista, nos quais se criou uma rígida estratificação de classes sociais entre a elite proprietária rural e a massa de trabalhadores. O fim da escravidão substituiu os negros pela mão de obra imigrante, consolidando as raízes das desigualdades sociais no país. Mesmo tendo se passado doze décadas da abolição da escravidão, os negros carregam os estigmas criados pela sociedade, tendo reflexo ainda no século XXI de discriminação e preconceito que por sua vez limita o acesso a bens essenciais para sua ascensão socioeconômica^{15,16}.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2009 no Brasil estimou a população brasileira em 198,7 milhões de habitantes, sendo 96 milhões de pessoas de cor preta ou parda. O último censo demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁷ demonstrou que 50,7% da população era composta por pessoas negras, autodeclaradas como pretas ou pardas.

Apesar de numerosa, a população negra brasileira encontra-se ainda hoje nos estratos mais pobres e em crônica situação de iniquidade em relação à saúde. A desvantagem econômica e social, a assistência inadequada à saúde e as atitudes de discriminação contribuem para a iniquidade em saúde nessa população¹⁸.

As doenças bucais são também uma expressão da “biologia da desigualdade”: podem ser consideradas como a expressão biológica de fatores sociais colocados em uma hierarquia explicativa em termos de mecanismos causais, sequenciados do nível macro (sociedade) para o nível meso (indivíduo) e o nível micro (célula)¹⁸.

A população negra ocupa posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho; reside em áreas com ausência ou baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica; sofre maiores restrições no acesso a serviços de saúde e, estes, quando disponibilizados, são de pior qualidade e menor resolutividade¹⁹.

Particularizando-se a questão das diferenças raciais no Brasil, constata-se que os indicadores sociais, marcadores da condição de vida dos segmentos

sociais, têm demonstrado que a população negra apresenta pior nível de educação, saúde, renda, habitação, maior adoecimento, inclusive psíquico; maior mortalidade; reside em áreas desprovidas de infraestrutura básica, e tem pior acesso aos serviços de saúde ²⁰.

Os resultados das últimas pesquisas feitas evidenciaram iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil em todos os indicadores analisados (cárie, perda dentária, dor e necessidade de prótese), com maior vulnerabilidade da população negra (pretos e pardos) em relação aos brancos. Fatores contextuais relacionados ao perfil de desenvolvimento humano, à distribuição de renda e ao acesso a políticas de cuidado em saúde parecem ter papel essencial na caracterização da vulnerabilidade de grupos populacionais a agravos em saúde bucal ¹⁸.

Embora, no Brasil, as desigualdades sociais entre negros e brancos sejam acentuadas, a falta de equidade determinada pela raça é tema pouco explorado na literatura nas questões de saúde ²¹⁻²³.

METODOLOGIA

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, que utilizaram pela última vez os serviços de saúde bucal do SUS ou declararam nunca ter ido ao dentista. Assim a amostra foi constituída por 2.866 adolescentes dos quais 991 brancos e 1.875 negros (soma de pretos e pardos).

O SB Brasil utilizou para coleta dos dados sobre o quesito “cor de pele”, a classificação recomendada pelo IBGE e pela Resolução 196/96 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^{24, 25}.

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^{22, 26, 27}. 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.

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 origem dental nos últimos seis meses.

Para resumo e análise dos dados utilizou-se o programa estatístico SPSS (StatiscalPackage 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 a limitação na utilização dos serviços odontológicos do SUS, sendo considerado um modelo ajustado em três fases, (1) sexo e idade, (2) sexo, idade, região e dor nos últimos seis meses e (3) sexo, idade, dor nos últimos seis meses, região, renda e escolaridade.

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

Com a análise bivariada foi encontrado que visitar os serviços de saúde bucal por pelo menos uma vez na vida no SUS foi maior entre os negros comparados aos brancos. Mesmo com a interceptação do ajuste com sexo, idade, dor, região, renda e escolaridade é conservada uma maior razão de prevalência da utilização dos serviços por negros no SUS, esta relação foi estatisticamente significativa (Tabela 1).

Já quanto ao tempo de utilização dos serviços na análise bivariada, a variável raça foi estatisticamente significativa. Os adolescentes brancos utilizaram mais os serviços odontológicos do SUS no último ano que os negros. Na análise sem ajuste a chance do adolescente negro visitar o dentista no último ano permanece inferior comparada à dos brancos. Ajustado por sexo e idade o valor pouco é alterado, ao ser acrescentado ao modelo a dor de dente nos últimos seis meses e região a desigualdade diminui. Quanto ao ajuste a renda e escolaridade verifica-se diminuição da desigualdade, porém permanece menor a chance do negro utilizar os serviços odontológicos no último ano (Tabela 2).

TABELA 1 – Modelo de análise multivariada da raça e acesso ao SUS em adolescentes do Brasil, SB 2010.

Variáveis	Acesso ao SUS		Não ajustado		Ajustado por sexo e idade		Ajustado por sexo, idade, dor e região.		Ajustado por sexo, idade, dor, região, renda e escolaridade		
	Nunca foi	SUS	Valor P	OR(C.I.)	Valor P	OR(C.I.)	Valor P	OR(C.I.)	Valor P	OR (C.I.)	Valor P
Raça			0,172								
Branco	30,2	69,8		1		1		1		1	
Negro	23,9	76,1		1,11 (0,93-1,32)	0,233	1,07 (0,89-1,29)	0,420	1,21 (0,99-1,46)	0,052	1,26 (1,03-1,53)	0,019
Sexo			0,127								
Masculino	29,0	71,0		0,80 (0,68-0,95)	0,013	0,81 (0,68-0,97)	0,023	0,83 (0,70-0,99)	0,046	0,84 (0,70-1,01)	0,064
Feminino	23,9	76,1		1		1		1		1	
Idade			0,300								
15 anos	31,8	68,2		0,96 (0,74-1,23)	0,761	0,98 (0,75-1,27)	0,890	0,96 (0,73-1,25)	0,767	0,99 (0,76-1,29)	0,971
16 e 17 anos	25,1	74,9		1,00 (0,78-1,27)	0,991	1,00 (0,78-1,29)	0,953	0,99 (0,77-1,27)	0,950	0,99 (0,77-1,28)	0,959
18 anos	22,3	77,7		0,43 (0,34-0,56)	0,068	1,36 (1,00-1,85)	0,050	1,31 (0,96-1,79)	0,086	1,28 (0,94-1,76)	0,114
19 anos	24,3	75,7		1	0,122	1	0,109	1	0,155	1	0,263
Dor			<0,001								
Sem	30,1	69,9		1				1		1	
Com	16,4	83,6		1,54 (1,26-1,88)	<0,001			1,50 (1,21-1,85)	<0,001	1,63 (1,31-2,02)	<0,001
Região			0,161								
Norte	24,5	75,5		1,14 (0,88-1,49)	0,310			1,06 (0,80-1,40)	0,647	1,05 (0,79-1,39)	0,720
Nordeste	27,2	72,8		0,83 (0,64-1,07)	0,162			0,79 (0,60-1,03)	0,092	0,78 (0,59-1,02)	0,078
Sudeste	28,1	71,9		0,92 (0,68-1,24)	0,594			0,90 (0,66-1,23)	0,527	0,90 (0,66-1,23)	0,536
Sul	13,8	86,2		2,01 (1,40-2,88)	<0,001			2,25 (1,52-3,25)	<0,001	2,17 (1,46-3,21)	<0,001
Centro-Oeste	33,5	66,5		1	<0,001	1		1	<0,001	1	<0,001
Faixa de Renda			0,167								
Até R\$250	32,6	67,4		1,09 (0,66-1,79)	0,717					1,20 (0,72-1,99)	0,482
Entre R\$251 a 500	29,8	70,2		0,52 (0,39-0,69)	<0,001					0,56 (0,42-0,74)	<0,001
Entre R\$501 a 1500	22,0	78,0		0,86 (0,68-1,09)	0,220					0,88 (0,69-1,12)	0,318
Acima de R\$1.500	32,6	67,4		1	<0,001	1		1		1	<0,001
Escolaridade			0,682								
Até 6 anos	27,6	72,4		0,67 (0,55-0,83)	<0,001					0,63 (0,50-0,79)	<0,001
7 anos ou mais	25,9	74,1		1		1		1		1	

TABELA 2 – Modelo de análise multivariada da raça e tempo de utilização dos serviços do SUS em adolescentes do Brasil, SB 2010.

Variáveis	Utilização dos serviços		Não ajustado		Ajustado por sexo e idade		Ajustado por sexo, idade, dor e região.		Ajustado por sexo, idade, dor, região, renda e escolaridade		
	Mais de um ano	Menos de um ano	Valor P	OR(C.I.)	Valor P	OR(C.I.)	Valor P	OR(C.I.)	Valor P	OR (C.I.)	Valor P
Raça			0,040								
Branco	54,4	45,6		1		1		1		1	
Negro	63,4	36,6		0,79 (0,66-0,95)	0,013	0,80 (0,66-0,96)	0,020	0,82 (0,67-1,00)	0,058	0,84 (0,68-1,02)	0,086
Sexo			0,060								
Masculino	65,3	34,7		0,82 (0,69-0,98)	0,013	0,81 (0,67-0,97)	0,022	0,82 (0,68-0,98)	0,032	0,82 (0,68-0,98)	0,032
Feminino	55,4	44,6		1		1		1		1	
Idade			0,462								
15 anos	55,5	44,5		1,30 (1,00-1,69)	0,044	1,31 (1,00-1,71)	0,049	1,29 (0,98-1,69)	0,067	1,31 (0,99-1,72)	0,051
16 e 17 anos	59,2	40,8		1,20 (0,94-1,55)	0,136	1,22 (0,94-1,58)	0,120	1,22 (0,94-1,59)	0,120	1,24 (0,96-1,61)	0,099
18 anos	63,8	36,2		1,06 (0,80-1,42)	0,652	1,02 (0,75-1,37)	0,884	1,01 (0,74-1,36)	0,951	1,02 (0,75-1,38)	0,893
19 anos	64,8	35,2		1	0,168	1	0,119	1	0,134	1	0,109
Dor			0,435								
Sem	61,4	38,6		1				1		1	
Com	57,3	42,7		1,25 (1,03-1,50)	0,018			1,26 (1,03-1,53)	0,019	1,29 (1,06-1,57)	0,010
Região			<0,001								
Norte	51,2	48,8		0,99 (0,76-1,29)	0,962			0,99 (0,75-1,31)	0,970	0,98 (0,74-1,30)	0,928
Nordeste	49,3	50,7		1,52 (1,15-1,99)	0,003			1,53 (1,15-2,03)	0,003	1,54 (1,16-2,05)	0,003
Sudeste	70,0	30,0		0,70 (0,51-0,97)	0,032			0,71 (0,51-0,98)	0,042	0,73 (0,52-1,02)	0,066
Sul	42,9	57,1		1,48 (1,08-2,04)	0,014			1,34 (0,96-1,87)	0,076	1,33 (0,95-1,86)	0,091
Centro-Oeste	50,6	49,4		1	<0,001	1		1	<0,001	1	<0,001
Faixa de Renda			0,741								
Até R\$250	49,0	51,0		0,78 (0,50-1,22)	0,285					0,78 (0,49-1,25)	0,317
Entre R\$251 a 500	56,3	43,7		0,93 (0,69-1,24)	0,636					0,94 (0,69-1,28)	0,717
Entre R\$501 a 1500	61,1	38,9		0,75 (0,60-0,94)	0,016					0,76 (0,60-0,96)	0,023
Acima de R\$1.500	69,9	39,1		1	0,069	1		1		1	0,086
Escolaridade			0,151								
Até 6 anos	68,3	31,7		0,81 (0,65-1,02)	0,079					0,80 (0,63-1,02)	0,072
7 anos ou mais	58,3	41,7		1		1		1		1	

DISCUSSÃO

Gilbert et al ²⁸ reforça a importância da utilização dos serviços de saúde bucal como um excelente indicador para compreensão das desigualdades sociais e condições de saúde entre raça e cuidados dentários. Segundo Peres em 2012 a população negra (pardos e pretos) apresenta maiores prevalências e gravidade de agravos bucais resultando em necessidades de tratamento mais complexas e não atendidas pelo SUS, majoritariamente utilizado por este grupo populacional ²⁹.

Os dados encontrados nesta pesquisa mostraram que houveram evoluções com relação ao uso dos serviços odontológicos do SUS na amostra de adolescentes negros nos dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010.

Oliveira et al ³⁰ realizou um estudo com metodologia semelhante no qual foi utilizando os dados do SBBrasil 2010 suas conclusões apontaram para a existência da limitação na utilização dos serviços odontológicos do SUS pelos negros adolescentes; a chance de um negro entrar no Sistema de Saúde se apresentava muito inferior a de um branco e mesmo conseguindo utilizar o serviço por pelo menos uma vez na vida, continuava encontrando barreiras com relação ao tempo de utilização.

Este estudo aponta que a nos últimos anos a amostra de adolescentes negros começam a garantir o primeiro acesso aos serviços odontológicos do SUS. Este fato pode ser fruto dos investimentos que o Governo Federal fez na área da saúde bucal, com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente).

Estes dados contrariam os estudos de Antunes et al⁹. Que demonstraram acesso desigual a tratamento odontológico entre uma amostra de crianças pretas e pardas.

Souza et al ³¹, ao avaliar a relação da raça e o uso dos serviços odontológicos por idosos no Brasil, encontra que a raça é um fator limitante no acesso aos serviços de saúde bucal, o idoso negro apresenta o dobro de chance de nunca ter ido ao dentista ao ser comparado com um branco. O fato de existir necessidade de próteses ou dor não diminui a dificuldade do negro entrar nos serviços, estes resultados permanecem mesmo ajustados por um

modelo de regressão logística que considera o sexo, idade, necessidade de prótese, dor, renda e escolaridade.

No Brasil, os problemas odontológicos aparecem como a terceira causa mais frequente de busca por serviços de saúde e importantes desigualdades sociais no acesso e na utilização dos mesmos têm sido apontadas nos estudos populacionais. Estudos revelaram que a utilização de serviços odontológicos foi menor entre crianças muito pequenas e entre os idosos, entre os mais pobres e nos que se classificaram como pretos e pardos³².

Com relação ao tempo de utilização destes serviços prestados pelo SUS os números do presente estudo se mostraram contrários ao da primeira visita aos serviços, pois apesar de os negros possuírem maior ida por pelo menos uma vez na vida, são os brancos que utilizam os serviços dos SUS com maior frequência, ou seja, a procura pelos serviços de saúde bucal com regularidade é maior entre os brancos. Pôde-se perceber que os negros só conseguem usar os serviços odontológicos do SUS por períodos maiores que um ano. Diferentemente, a maioria dos brancos utilizam estes serviços por períodos de tempo menores que um ano.

As desigualdades na utilização dos serviços do SUS sofrem um forte impacto ao serem ajustadas por renda e escolaridade, significando que ao ser proporcionado uma melhor posição de classe para negros é gerado uma maior chance de entrada no sistema, porém por si só a renda e a escolaridade não conseguem gerar uma igualdade na condição de utilização por parte de brancos e negros aos serviços de saúde bucal, deixando pistas da existência da discriminação como barreira nos serviços de saúde bucal do SUS³⁰.

Na origem de grande parte das desigualdades étnico/raciais, encontra-se a discriminação racial, com seus efeitos próprios na saúde. De acordo com essa proposição, a desvantagem econômica e social seria um dos mecanismos através do qual a discriminação contribui para as desigualdades raciais de saúde³³.

A dor e a perda dentária, bem como outros agravos em saúde bucal em adultos, têm sido associadas a fatores como educação, renda e grupo racial¹⁸. A população negra (pardos + pretos) apresenta maiores prevalências e gravidade de agravos bucais resultando em necessidades de tratamento mais

complexas e não atendidas pelo SUS, majoritariamente utilizado por este grupo populacional²⁹.

CONCLUSÕES

Existem disparidades entre utilização dos serviços de saúde bucal do SUS entre adolescentes brancos e negros. Os negros foram mais ao Cirurgião Dentista do SUS por pelo menos uma vez na vida que os brancos. Porém, o negro apresentou menor chance de ter visitado os serviços no último ano.

REFERÊNCIAS

1. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo, TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. Interface Comun. Saúde Educ. 2009;13(31):383-394.
2. Barros FS, Meneghel SN, Olinto MTA. Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 2008; 17(2):138-41.
3. Batista LE. Homens e mulheres negros: saúde, doença e morte. [tese de doutorado]. Araraquara, SP: Universidade Estadual Paulista, 2002.
4. Cruz. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. online Brazilian Journal of Nursing 2006 5(2).
5. Pinheiro L. et al. Retrato das desigualdades de gênero e raça. Brasília: Ipea, SPM, Unifem, 3ª edição, 2008.
6. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública 2009; 25(5): 1063-1072.
7. Pearce, N. et al. Genetics, race, ethnicity and health. BMJ 2004; 328:1070-72.
8. Brasil. Política nacional de saúde integral da população negra, 2007.
9. Antunes JLF, Pegoretti T, Andrade FP, Junquera SR, Frazão P, Narvai PC. Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children. Int Dent J. 2003;53(1):7-12.

10. Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Sousa MLR. Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002. *CadSaude Publica*. 2005;21(5):1383–91.
11. Peres MA, Antunes JLF, Boing AF, Peres KG, Bastos, JLD. Skin colour is associated with periodontal disease in Brazilian adults: a population-based oral health survey. *Jornal of Clinical Periodontology* 2007; 34(13):196-201.
12. Guiotoku SK. Iniquidades étnicas e sociais em saúde bucal. [Dissertação de Mestrado] Curitiba, PR: Universidade Católica do Paraná, 2009.
13. Brasil, Pnud. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas Racial Brasileiro. Brasília: PNUD, 2004.
14. Cabral ED, Caldas Jr AF, Cabral HAM. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(6): 461–6.
15. Freyre G. Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da família patriarcal. 51ed. São Paulo: Global, 2006.
16. Santos G. Relações raciais e desigualdades no Brasil. São Paulo: Selo Negro, 2009.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.
18. Guiotoku SK et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*. 2012;31(2):135–41.
19. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - FIBGE. Síntese de indicadores sociais. 2004. Disponível em: www.ibge.org.

20. Vianna SM, Santos JRS, Barata RB, Nunes A. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. OPAS/IPEA, 2002.
21. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad. Saude Publica, v.21, n.5, p.1586-94, 2005.
22. Travassos C, Williams DR. O conceito e mensuração de raça em relação à saúde pública no Brasil e nos Estados Unidos. Cad. Saúde Pública, v.20, n.3, p.660-78, 2004.
23. Cunha EMGP. Mortalidade infantil e raça: as diferenças da desigualdade. 2001.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demogr., Rio de Janeiro, p. 1-178, 2000.
25. Bastos JL, Peres MA, Peres KG, Dumith SC, Gigante DP. Diferenças socioeconômicas entre autoclassificação e heteroclassificação de cor/raça. Rev. Saúde Pública 2008; 42:324-34.
26. Oliveira, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. Estud. av. 2004; 18(50):57-60.
27. Brasil, Lei nº. 12.288 de 20 de julho de 2010 – Estatuto da Igualdade Racial.
28. Gilbert GH. 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):1003-14.
29. Peres MA et al. Desigualdades no Acesso e na Utilização de Serviços Odontológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28 Sup:S90-S100, 2012.

30. Oliveira PAP. Raça e Utilização dos Serviços de Saúde Bucal por Adolescentes e Adultos no Sistema Único de Saúde. Tese de Doutorado. 2011.
31. Souza EHA. Oliveira PAP. Paegle AC. Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *CiencSaudeColet*[periódico na internet]2011 maio. [Citado em 21 de fev 2015]; [cerca de 10 p.] Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
32. Pinheiro Rs, Torres Tzg. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciência Saúde Coletiva* 2006; 11:999-1010.
33. Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health* 2003; 93:194-9.