

DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS DA DESIGUALDADE RACIAL NA PREVALÊNCIA DE GENGIVITE EM ADOLESCENTES: UMA ANÁLISE DE DECOMPOSIÇÃO

DANIELE PRADO ASSUMPTÃO¹; THIAGO MACHADO ARDENGHI²; CAMILA SILVEIRA SFREDDO³

¹Universidade Federal de Pelotas – dpassump@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Santa Maria – thiardenghi@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – camilassfreddo@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

As desigualdades raciais na saúde bucal referem-se a diferenças nos níveis de saúde entre grupos definidos com base na raça (Bastos et al., 2018; Kawachi et al. 2002). Assim, estudos prévios têm demonstrado que a raça está associada a piores níveis de saúde bucal (Celeste et al., 2013; Karam et al., 2022; Peres et al., 2016; Singhal, Jackson, 2022) e uma menor utilização de serviços odontológicos (Singhal, Jackson, 2022) em grupos não dominantes ou minoritários nas sociedades, incluindo indivíduos pretos, imigrantes ou indígenas (Celeste et al., 2013).

Entretanto, as causas que explicam as desigualdades raciais em termos de saúde bucal, especialmente para as doenças gengivais, são pobremente exploradas na literatura. Portanto, este estudo tem como objetivo avaliar a magnitude das desigualdades raciais na prevalência de gengivite e decompor fatores preditores para essas desigualdades em adolescentes.

2. METODOLOGIA

Este estudo apresenta uma análise secundária de uma coorte prospectiva de adolescentes, com 12 anos de idade, acompanhados em 2012, 2014 e 2018 na cidade de Santa Maria, no sul do Brasil. Para as análises do presente estudo, foi considerada apenas a última avaliação (2018). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE: 66553117.4.0000.5346) e foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque.

As variáveis individuais foram coletadas por meio de questionário autoadministrado e exames clínicos bucais completos. O questionário coletou características sociodemográficas (raça, renda familiar e nível educacional materno) e de saúde bucal (procura ao serviço odontológico e uso de fio dental). De acordo com os critérios brasileiros (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010), a raça foi classificada de acordo com a cor da pele como “branca”, “preta”, “parda”, “indígena” e “amarela”. Exames clínicos completos da cavidade bucal foram realizados utilizando critérios internacionais padronizados fornecidos pela Organização Mundial da Saúde para estudos epidemiológicos (World Health Organization, 2013). O sangramento gengival à sondagem foi avaliado de acordo com o Índice Periodontal Comunitário (World Health Organization, 2013), sendo pontuado como 0 (saudável) ou 1 (sangramento).

Os dados foram analisados no programa Stata 18 (Stata Corporation; College Station, TX, USA). O preditor cor da pele/raça foi categorizado em indivíduos brancos e não brancos (pretos, pardos e indígenas). A variável de

desfecho do estudo foi considerada a prevalência de gengivite de acordo com a Classificação das Doenças Periodontais de 2018 ($\geq 10\%$ dos sítios com sangramento à sondagem) (Trombelli et al., 2018). Associação entre sociodemográficas e clínicas com a prevalência de gengivite foi avaliada com modelo de regressão logística multinível. Na estrutura multinível, os dados dos adolescentes (nível 1), foram aninhados nas escolas (nível 2). O modelo multinível utilizou o esquema de efeito fixo com intercepto aleatório. Os resultados foram apresentados como razão de chances [“odds ratio” (OR)] e seu respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%. O método de decomposição contrafactual (Blinder-Oaxaca) para modelos não-lineares proposto por Sinning et al (2008) foi feito para verificar variáveis relacionadas às desigualdades de prevalência de gengivite entre adolescentes não brancos e brancos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 749 adolescentes foram avaliados (média de idade 17 anos; taxa de retenção na coorte original de 66%). A prevalência de gengivite foi de 58,74% (IC 95%: 55,17%-62,23%). Adolescentes pretos, pardos e indígenas (OR=1,51; IC 95%: 1,05-2,19), com mães que não tinham curso superior (OR=1,51; IC 95%: 1,03-2,21), e que não usavam fio dental regularmente (OR=1,37; IC 95%: 1,02-1,84) apresentaram maiores chances de ter gengivite. Os resultados da decomposição demonstraram que estas variáveis explicavam apenas uma pequena parcela da lacuna na prevalência de gengivite entre adolescentes não brancos e brancos. A maior parte (89%) das diferenças de chance de gengivite entre adolescentes pretos, pardos e indígenas comparados aos adolescentes brancos foi atribuída à fatores não explicados pelo modelo.

Estudos prévios também demonstraram desigualdades raciais para diferentes desfechos de saúde bucal, como perda dentária, saúde autoreportada e periodontite (Celeste et al., 2013; Karam et al., 2022; Sabbah et al., 2009). A literatura tem mostrado que a maior parte desta relação pode ser explicado por fatores socioeconômicos (Celeste et al., 2013; Sabbah et al., 2009). Assim, a raça pode refletir condições desiguais de vida e menor acesso a recursos materiais, como moradia e acesso a serviços de saúde para grupos raciais historicamente discriminados na sociedade (Bastos et al., 2018; Solar, Irwin, 2010). Além disso, a associação ajustada persistente entre raça e desfechos adversos de saúde bucal pode ser atribuída, pelo menos em parte, a um viés de confusão residual devido à discriminação (Bastos et al., 2018; Celeste et al., 2013). Neste sentido, a discriminação pode desempenhar um papel importante nas desigualdades raciais em saúde, atuando como uma fonte psicossocial específica de estresse (Bastos et al., 2018).

No presente estudo, houve uma associação residual entre cor da pele/raça e gengivite, que não foi explicada por fatores de confusão e mediadores ajustados no modelo. Este efeito não explicado pode estar relacionado à discriminação racial não percebida (Bastos et al., 2009; Sabbah et al., 2009), por confusão residual da condição socioeconômica e o fato de que nossa medida de discriminação não avaliou de forma abrangente as experiências de discriminação no domínio da saúde.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que adolescentes pretos, pardos e indígenas possuem uma maior chance de apresentar gengivite em comparação com adolescentes brancos. Embora uma parcela dessa diferença pode ser explicada por variáveis socioeconômicas, a magnitude dessa inequidade é largamente atribuída a outros fatores não-observáveis como exclusão e discriminação racial.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, J. L. et al. Color/race inequalities in oral health among Brazilian adolescents. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 313–324, set. 2009.

BASTOS, João Luiz; BOING, Alexandra Fernanda; PERES, Karen Glazer; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; PERES, Marco Aurélio. Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, supl. 2, p. S141-S153, 2011. DOI: 10.1590/s0102-311x2011001400003.

CELESTE, R. K.; GONÇALVES, L. G.; FAERSTEIN, E.; BASTOS, J. L. The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: the Pró-Saúde study. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 41, n. 6, p. 509-516, 2013. DOI: 10.1111/cdoe.12051.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Available at: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/>. Accessed on: 10 mar. 2018.

KARAM, S. A.; SCHUCH, H. S.; DEMARCO, F. F.; BARROS, F. C.; HORTA, B. L.; CORREA, M. B. Social and racial inequity in self-rated oral health in adults in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, e00136921, 2022. DOI: 10.1590/0102-311X00136921.

KAWACHI, Ichiro; SUBRAMANIAN, S. V.; ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 56, n. 9, p. 647-652, set. 2002. doi: 10.1136/jech.56.9.647. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732240/>. Acesso em: 09 out. 2024.

PERES, M. A.; SHEIHAM, A.; LIU, P.; DEMARCO, F. F.; SILVA, A. E.; ASSUNÇÃO, M. C.; MENEZES, A. M.; BARROS, F. C.; PERES, K. G. Sugar consumption and changes in dental caries from childhood to adolescence. **Journal of Dental Research**, v. 95, n. 4, p. 388-394, 2016. DOI: 10.1177/0022034515625907.

SABBAH, W.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A.; WATT, R. G. The effects of income and education on ethnic differences in oral health: a study in US adults. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 63, n. 7, p. 516-520, 2009. DOI: 10.1136/jech.2008.082313.

SINGHAL, A.; JACKSON, J. W. Perceived racial discrimination partially mediates racial-ethnic disparities in dental utilization and oral health. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 82, supl. 1, p. 63-72, 2022. DOI: 10.1111/jphd.12515.

SINNING, M.; HAHN, M.; BAUER, T. K. The Blinder–Oaxaca decomposition for nonlinear regression models. **The Stata Journal**, v. 8, n. 4, p. 480-492, 2008. DOI: 10.1177/1536867X0800800402.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: World Health Organization, 2010. 76 p. Available at: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.

TROMBELLI, L.; FARINA, R.; SILVA, C. O.; TATAKIS, D. N. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 45, supl. 20, p. S44-S67, 2018. DOI: 10.1111/jcpe.12939.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. Geneva: WHO Press, 2013.