

A COR DA PELE MODIFICA A ASSOCIAÇÃO ENTRE MOBILIDADE SOCIAL E PERDA DENTÁRIA? RESULTADOS DA COORTE DE NASCIMENTOS DE 1982 EM PELOTAS

SARAH ARANGUREM KARAM¹; HELENA SILVEIRA SCHUCH²;
ROGER KELLER CELESTE³; FLÁVIO FERNANDO DEMARCO⁴;
MARCOS BRITTO CORREA⁵

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia-UFPEL – sarahkaram_7@hotmail.com

² School of Dentistry-The University of Queensland – h.schuch@uq.edu.au

³ Programa de Pós-Graduação em Odontologia-UFRGS – roger.keller@ufrgs.br

⁴ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia-UFPEL – ffdemarco@gmail.com

⁵ Programa de Pós-Graduação em Odontologia-UFPEL – marcosbrittocorrea@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Em diferentes fases do ciclo vital, o nível socioeconômico do indivíduo encontra-se associado a saúde bucal (SINGH et al., 2019). A mudança de estratos socioeconômicos a que a pessoa pertence ao longo da vida é denominada mobilidade social (BECKER et al., 2018). A mobilidade social tem impacto na saúde bucal, e achados mostram que um período de desvantagem socioeconômica em qualquer momento da vida tem consequências para perda dentária (CELESTE et al., 2021).

A desigualdade racial tem diferentes facetas. Um dos aspectos mais importantes é o racismo, que geralmente leva ao desenvolvimento de atitudes e concepções negativas em relação aos grupos raciais (preconceito) e tratamento diferenciado aos membros desses grupos (discriminação) (WILLIAMS; MOHAMMED, 2009). Reflexos do racismo sistêmico ou interpessoal incluem menores salários e escolaridade, frutos de diversos mecanismos ocorridos na sociedade. Grupos raciais/étnicos minoritários possuem menor quantidade e qualidade nos anos de estudo formal (ATAL et al., 2009), além de oportunidades de emprego com menor remuneração salarial, sem cargos de chefia, e são o grupo majoritário nas taxas de desemprego (ATAL et al., 2009).

Estudos mostraram a associação entre as desigualdades raciais e a saúde bucal (BASTOS et al., 2018). A perda dentária é uma consequência direta de doenças bucais, podendo também ser resultante de uma negligência profissional após o cirurgião-dentista optar pelo tratamento mutilador, quando ainda possuía uma alternativa mais conservadora (BARBATO et al., 2007). No Brasil, em uma população com média de 40 anos de idade, os indivíduos declarados pretos apresentaram duas vezes mais chance de perda dentária, enquanto os indivíduos pardos tiveram 50% mais chance de perda dentária, ambos grupos comparados aos brancos (CELESTE et al., 2013). A perda dentária é uma consequência de grande impacto para a qualidade de vida do indivíduo, seja pelo desconforto na fala, na alimentação, nas relações sociais ou em custos com tratamento reabilitador (GERRITSEN et al., 2010). Diante do exposto, observa-se que o racismo pode ter influência em desfechos de saúde bucal, como a perda dentária, independente da condição socioeconômica do indivíduo. Neste estudo a cor da pele foi considerada modificador de efeito pois não é passível de intervenção, enquanto a renda como exposição possui viabilidade para possíveis intervenções. Assim, este estudo teve por objetivo investigar se a cor da pele modifica o efeito da associação entre mobilidade social e perda dentária em adultos participantes da Coorte de Nascimento de Pelotas de 1982.

2. METODOLOGIA

Estudo com delineamento transversal aninhado a um estudo de coorte, Coorte de Nascimentos de Pelotas de 1982. Foram utilizados dados de três acompanhamentos da Coorte de Nascimentos de 1982: perinatal, geral aos 30 anos e saúde bucal aos 31 anos. Em 1982, durante o perinatal foram examinados 5.914 nascidos vivos cujas famílias residiam na zona urbana da cidade de Pelotas. Em 2012, foi realizado o acompanhamento de toda a Coorte (com idade média de 30,2 anos) e avaliados 3.701 participantes. Foram avaliadas as condições socioeconômicas e de saúde. Um ano depois, foi realizado o Estudo de Saúde Bucal (ESB) aos 31 anos.

O ESB desta Coorte iniciou em 1997, aos 15 anos, onde foi selecionada uma amostra sistemática de 70 (27%) dos 259 setores censitários do município, e uma amostra aleatória de 900 indivíduos foi selecionada e convidada a fazer parte do ESB-97. Em 2013, os 888 participantes do ESB-97 foram novamente contatados para um novo acompanhamento de saúde bucal. O ESB-13 incluiu uma entrevista de saúde e um exame clínico odontológico, e 541 dos 888 participantes foram entrevistados e examinados (61% da amostra alvo).

A variável desfecho foi a prevalência de perda dentária. A variável foi coleta de maneira contínua, através de exame clínico, com o índice CPO-D (número de Dentes Cariados, Perdidos e Restaurados). Esta variável foi posteriormente dicotomizada em perda dentária por lesões de cárie (sim ou não).

A variável exposição foi a mobilidade social. Essa variável é composta pela trajetória de renda do indivíduo ao nascer e na fase adulta. Ela foi categorizada como: Sempre renda alta (sem episódios de pobreza ao nascer e na fase adulta); Mobilidade ascendente (com episódio de pobreza ao nascer e sem episódio de pobreza na fase adulta); Mobilidade descendente (sem episódio de pobreza ao nascer e com episódio de pobreza na fase adulta) e Sempre renda baixa (com episódios de pobreza ao nascer e na fase adulta). A variável modificadora de efeito foi a cor da pele. Esta variável foi coletada através da autodeclaração e classificada segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para esse estudo foram considerados somente os indivíduos autodeclarados com cor da pele Branca e Preta/Parda, as demais classificações não foram consideradas devido ao pequeno número de indivíduos que se autodeclararam amarelos ou Índios.

O software Stata 15.1 foi utilizado para realização das análises estatísticas. Foram realizadas análises descritivas usando o teste qui-quadrado. As razões de prevalência (RP) bruta e ajustada, por sexo foram estimadas usando modelos log-binomiais para testar a modificação do efeito e o “*Synergy Index*” (S). O S é uma medida padrão para interação na escala aditiva e estima a extensão em que o risco observado em um grupo exposto conjuntamente excede o risco esperado das exposições independentes. O valor de S igual a 1 significa que o efeito conjunto é igual aos efeitos independentes, e o $S > 1$ reflete uma sinergia, enquanto $S < 1$ reflete um efeito antagônico (ROTHMAN, 1976).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, foram incluídos 539 indivíduos com dados válidos em todas as variáveis de interesse. A amostra era homogênea em relação ao sexo (masculino=50,65%), a maioria dos avaliados declarou cor da pele branca (81,09%) e apresentaram sempre renda alta, ou seja, não apresentaram episódios de pobreza ao nascer ou na fase adulta (52,67%).

A prevalência de perda dentária por motivo de lesões de cárie foi de 50,83%. Apresentaram maiores prevalências de perda dentária os indivíduos do sexo masculino (52,38%), autodeclarados pretos/pardos (60,64%) e que apresentaram mobilidade social descendente ao longo da vida (66,23%).

Dentro do grupo de mobilidade social, encontrou-se para o grupo sempre renda alta uma prevalência de perda dentária cerca de 31 pontos percentuais maior para os pretos/pardos em relação a prevalência de perda dentária para os brancos (68,18% vs 37,44%, respectivamente). A interação entre mobilidade social e cor da pele mostrou antagonismo. Ou seja, os pretos/pardos ricos se beneficiam menos por serem ricos do que os brancos, assim a desigualdade racial dentre os ricos é maior do que dentre os pobres. Foi observada interação nas categorias sempre renda baixa ($S = 0,20$; IC95% 0,04-0,99), na análise bruta, e na categoria mobilidade social descendente ($S = 0,48$; IC95% 0,24-0,99) após ajuste por sexo. Os achados de antagonismo sugerem que o efeito observado da cor da pele na associação entre mobilidade social e perda dentária foi menor do que o esperado (Tabela 1).

Tabela 1. Valores de Razão de Prevalência (RP) *Synergy index* (S) para perda dentária entre as categorias de mobilidade social e raça/cor.

	%	n	RP (IC95%)	%	N	RP (IC95%)	S*	S**
Raça/cor	Sempre renda alta			Sempre renda baixa				
Branca	37,44	79	1	70,37	19	1,88 (1,39-2,54)		
Preta/parda	68,18	15	1,82 (1,30-2,54)	50,00	13	1,33 (0,88-2,04)	0,20 (0,04; 0,99)	0,19 (0,04; 1,03)
	Sempre renda alta			Mobilidade Social Ascendente				
Branca	37,44	79	1	61,90	39	1,65 (1,27-2,15)		
Preta/parda	68,18	15	1,82 (1,30-2,54)	61,54	8	1,64 (1,03-2,61)	0,44 (0,13; 1,41)	0,42 (0,13; 1,40)
	Sempre renda alta			Mobilidade Social Descendente				
Branca	37,44	79	1	64,58	31	1,72 (1,31-2,27)		
Preta/parda	68,18	15	1,82 (1,30-2,54)	66,67	18	1,78 (1,29-2,45)	0,50 (0,24; 1,05)	0,48 (0,24; 0,99)

Nota: **Synergy Index* bruto; ***Synergy Index* ajustado para sexo. $S > 1$: sinergia. $S < 1$: antagonismo.

Muitos estudos já exploraram e consolidaram a associação entre condições econômicas e a perda dentária (CELESTE et al., 2021). Entretanto a diferença na prevalência de perda dentária encontrada nos grupos raciais/étnicos não é somente explicada pela via econômica. No nosso estudo, os indivíduos pretos/pardos que nunca experimentaram episódios de pobreza apresentaram maior prevalência de perda dentária quando comparados aos brancos pertencentes ao mesmo estrato.

Uma via pouco discutida é o racismo. Através do racismo estrutural observam-se desigualdades raciais no acesso aos serviços e procedimentos de saúde, maiores taxas de morbimortalidade na cor da pele preta/parda em relação aos brancos, e ademais são poucos os esforços para que isto seja tratado como um problema de saúde pública (WILLIAMS; MOHAMMED, 2009). A maior prevalência de problemas de saúde em pretos e pardos é consequência da suscetibilidade e vulnerabilidade social da população no contexto histórico do Brasil (BATISTA et al., 2013). Além disso, temos a via do racismo interpessoal, onde há uma diferenciação na escolha por determinados tratamentos odontológicos entre brancos e pretos/pardos (CHISINI et al., 2019).

4. CONCLUSÕES

Nossos achados podem estar refletindo o racismo em duas instâncias, o interpessoal e estrutural. É de extrema importância abordar esses questionamentos. O racismo precisa ser enfrentado tanto a nível individual, abordando o assunto com profissionais que trabalham na assistência e durante a formação desses profissionais nas faculdades de odontologia. Quanto ao nível estrutural, intervenções para

reduzir desigualdades raciais e social relacionadas ao acesso e acessibilidade são vitais, e elas ocorrem em nível de bairros ou dentro das instituições.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATAL, J. P.; NOPO, H.; WINDER, N. **New Century, Old Disparities: Gender and Ethnic Wage Gaps in Latin America**. 2009

BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1803-1814, 2007.

BASTOS, J. L.; CELESTE, R. K.; PARADIES, Y. C. Racial Inequalities in Oral Health. **Journal of Dental Research**, v. 97, n. 8, p. 878-886, 2018.

BATISTA, L.; MONTEIRO, R.; MEDEIROS, R. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 681-690, 12/01 2013.

BECKER, G. S. et al. A Theory of Intergenerational Mobility. **Journal of Political Economy**, v. 126, n. S1, p. S7-S25, 2018.

CELESTE, R. K. et al. Social Mobility and Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. **J Dent Res**, p. 220345211029277, Aug 27 2021.

CELESTE, R. K. et al. The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: the Pro-Saude study. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 41, n. 6, p. 509-16, Dec 2013.

CHISINI, L. A. et al. Skin color affect the replacement of amalgam for composite in posterior restorations: a birth-cohort study. **Brazilian Oral Research**, v. 33, 2019.

GERRITSEN, A. E. et al. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Health Qual Life Outcomes**, v. 8, p. 126, Nov 5 2010.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. **Journal of Dental Research**, v. 96, n. 4, p. 380-387, 2017.

ROTHMAN, K. J. The estimation of synergy or antagonism. **Am J Epidemiol**, v. 103, n. 5, p. 506-11, May 1976.

SINGH, A.; PERES, M. A.; WATT, R. G. The Relationship between Income and Oral Health: A Critical Review. **J Dent Res**, v. 98, n. 8, p. 853-860, Jul 2019.

WILLIAMS, D. R.; MOHAMMED, S. A. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. **J Behav Med**, v. 32, n. 1, p. 20-47, Feb 2009.