

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA**

SANDRA KATSUE GUIOTOKU

INIQUIDADES ÉTNICAS E SOCIAIS EM SAÚDE BUCAL

**CURITIBA
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SANDRA KATSUE GUIOTOKU

INIQUIDADES ÉTNICAS E SOCIAIS EM SAÚDE BUCAL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Odontologia Área de Concentração Saúde Coletiva do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná como requisito parcial ao título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Júlio César Bisinelli

CURITIBA

2009

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

Guiotoku, Sandra Katsue
G964i Iniquidades étnicas e sociais em saúde bucal / Sandra Katsue Guiotoku ;
2009 orientador, Júlio César Bisinelli. – 2009.
110 f., il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2009
Inclui bibliografias

1. Saúde bucal. 2. Raças – Condições sociais. 3. Negros. I. Bisinelli, Júlio
César. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-
Graduação em Odontologia. III. Título.

CDD 20. ed. – 617.6

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte eterna e renovadora de toda sabedoria e inteligência dos homens, e para quem são todas as realizações e méritos.

À minha família, pelo apoio incondicional neste período de curso e pela compreensão nas minhas ausências.

À minha irmã Marcela, pela sua atenção e solidariedade em momentos difíceis desta jornada.

Ao querido David Pimenta Pardim, pela fé que nos une e por ter compartilhado comigo esta experiência.

Aos professores Leo Kriger e Ronald Gielow pela confiança em mim depositada para este mestrado.

À professora Simone Tetu Moysés, pelo apoio incondicional à “causa das causas” e pelas sementes jogadas em solo fértil que mesmo sujeitas às intempéries, germinarão, florescerão e frutificarão os mais belos frutos de construção coletiva.

Ao meu orientador professor Júlio César Bisinelli pelas orientações diretas, pelo seu apoio incondicional e amizade durante este mestrado.

Ao professor Samuel Jorge Moysés, por todas as suas orientações diretas e indiretas.

Ao professor Sérgio Ignácio e à professora Beatriz pela sua atenção.

A todos os meus colegas de mestrado, pelo companheirismo, e solidariedade durante este “rito de passagem”.

Ao colega Max Luiz de Carvalho “Cyber Boy” pela sua infinita disponibilidade, quando tudo parecia perdido.

Ao colega Roberto Eduardo Bueno, “R2” pelo auxílio precioso com as estatísticas e o apoio em momentos difíceis.

Aos meus colegas de trabalho pela colaboração nos momentos de ausência para que este estudo pudesse ser finalizado.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para que esta pesquisa se realizasse.

A todos os Negros Brasileiros (quase 50% da população brasileira!) que com a sua participação voluntária no Levantamento Epidemiológico Nacional SB Brasil 2003 forneceram os subsídios necessários para que esta pesquisa pudesse ser realizada.

Em todo o mundo...
Minorias étnicas continuam desproporcionalmente pobres,
desproporcionalmente afetadas pelo desemprego e
desproporcionalmente menos escolarizadas
que os grupos dominantes.
Estão sub-representadas nas estruturas políticas
E super-representadas nas prisões.
Têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade e,
Conseqüentemente, menor expectativa de vida.
Estas, e outras formas de injustiça racial,
São a cruel realidade do nosso tempo,
Mas não precisam ser inevitáveis no nosso futuro.

Kofi Annam
(Secretário Geral da ONU, março 2001)

RESUMO

Este foi um estudo realizado em duas fases cujos objetivos foram identificar iniquidades em saúde bucal da população de adultos brasileiros (35 a 44 anos), de acordo com autodeclaração de raça/cor na ocasião do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003, e verificar associações destas iniquidades com condições sócio demográficas nos níveis individual e agregado. As variáveis dependentes foram: experiência de dor, CPO-D, perda dental, edentulismo anterior e necessidade de prótese. As variáveis independentes foram: renda familiar, escolaridade, acesso à dentista, moradia (locais) e IDH Índice de Gini (globais). Esta pesquisa teve como amostra 12.811 adultos de ambos os sexos, residentes nos 27 estados brasileiros, sendo 1.231 pertencentes ao grupo étnico pretos, 5.685 pardos e 5.893 brancos. A coleta dos dados ocorreu por meio da análise dos dados do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003, e os dados globais (IDH e I Gini) do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. **No artigo 1**, caracterizado como estudo transversal de base territorial quantitativo, comparou-se o perfil epidemiológico de iniquidades em saúde bucal e sócio demográficos estratificados por grupo étnico (brancos, pardos e pretos). Os resultados apontam significantes disparidades sócio demográficas e de iniquidades em saúde bucal entre pretos, pardos e brancos. A renda familiar dos brancos foi 86% maior que dos pretos e 68% maior que os pardos e a escolaridade dos brancos era de 1,7 anos maior que dos pretos (I.C. 95%). Em relação ao acesso à dentista, 56,8% dos pretos utilizam o serviço público, na mesma proporção que os brancos utilizam outros serviços. Em relação às iniquidades em saúde bucal, a perda dental dos pardos foi de 14,2%, 14% maior que a dos brancos (12,8%). A necessidade de prótese parcial dos pretos foi 19% maior que a dos brancos (76,5% e 65,5% respectivamente). Os pardos necessitam 90% mais prótese total que os brancos ($p < 0,00$). **No artigo 2**, caracterizado como estudo ecológico de base territorial com abordagem quantitativa, os dados com maior iniquidade na análise individual para o grupo étnico negros (pretos e pardos) foram agregados para cada Estado brasileiro e realizadas correlações destes com dados sócio demográficos e globais de IDH e Índice de Gini. A análise dos dados agregados para o grupo étnico negros revelou correlação negativa entre experiência de dor e acesso ao serviço público. A perda dental de 13 a 31 dentes e o edentulismo anterior apresentou correlação negativa com a renda familiar média. O IDH esteve negativamente correlacionado com a necessidade de prótese parcial. O Índice de Gini esteve correlacionado com a perda dental de 13 a 31 dentes e com a necessidade de prótese parcial, evidenciando assim que quanto maior a desigualdade de renda, maior a iniquidade. Os Estados da região Norte e Nordeste apresentaram os piores indicadores sócio demográficos e de saúde bucal. As iniquidades em saúde bucal para o grupo étnico e etário estudado demandam estratégias de combate às iniquidades raciais em saúde, às disparidades contextuais e sociais e promoção de saúde bucal.

Palavras chave: saúde bucal; negros; condições sociais; adultos.

ABSTRACT

This was study aimed at identifying oral health inequities among Brazilian adults (aged 35 to 44), conducted in two phases whose objectives were to identify inequalities in oral health according to self of race/color when SB Epidemiological Survey of Brazil 2003, and also aimed to verify associations between these inequities and sociodemographic conditions at the individual and aggregated levels. The dependent variables were: experience of pain, the Tooth Caries, Loss and Filling index (DMF), tooth loss, anterior edentulism, the need for prosthesis. The independent variables were: average family income, average schooling, access to dental services, housing, HDI (Human Development Index), the Gini index. This research was to sample 12.811 adults of both sexes, resident in all 27 Brazilian States, whereby 1.231 belonged to Black ethnic group, 5.687 to the Mulatto group, and 5.893 to the White group. Data collection was achieved through analysis of the Brazilian Oral Health data, and the global data (HDI and Gini Index) of the Brazilian Human Development Atlas. **Article 1**, characterized as a cross sectional study of quantitative territorial basis, a comparison was made between the epidemiological profile of oral health inequities and sociodemographic data stratified according to ethnic group (White, Mulatto, Black). The result show significant differences in geographic and social inequities in oral health among Black, Mulatto and White. The family income of Whites was higher than 86% of Blacks and 68% higher than the Mulatto and White of schooling was higher than 1,7 years higher than Black (I.C. 95%). Regarding access to dentist 56,8% of Black used the public service, the same ratio as the White used other services. In relation to inequities in oral health, loss of teeth Mulattos was 14,2%, 14% higher than that of Whites (12,8%). The need for partial prosthesis of Blacks ws 19% higher than that of Whites (76,5% and 65,5% respectively). The Mulatto needed 90% more total prosthesis that Whites ($p < 0,00$). **Article 2**, characterized as the ecological study of quantitative territorial basis, following this, the data indicating greater inequity in that Black ethnic group (Black and Mulatto), was aggregated for each Brazilian State and correlations were made between this data and sociodemographic and global HDI and Gini Index data. The analysis of aggregated data revealed negative correlation between experiencing of pain and access to public services. The loss of 13 to 31 teeth and anterior edentulism showed negative correlation with average family income. The HDI had negative correlation with the need for a partial prosthesis. The Gini Index was correlated to the loss of 13 to 31 teeth and the need a partial prosthesis, thus showing that the greater income inequality, the greater inequity. The States of the country's North and Northeast regions presented the worst indicators. The high prevalences of oral health inequities in the ethnic and age group studied demand strategies to combat racial inequities, contextual and social inequalities and the promotin oral health.

Keywords: oral health; Black; social conditions; adults.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAFESP – Associação de Anemia Falciforme do Estado de São Paulo

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CPO-D – Cariados, Perdidos e Obturados

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

I.GINI – Índice de Gini

MS – Ministério da Saúde

ODM – Objetivos do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PTR – Prótese total removível

PPR – Prótese parcial removível

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL	11
1.1 DESIGUALDADES SOCIAIS E INIQUIDADES EM SAÚDE	12
1.2 CAPITAL SOCIAL	14
1.3 EXCLUSÃO SOCIAL.....	16
1.4 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS)	18
REFERÊNCIAS GERAIS COMPLETAS	26
ARTIGO 1	32
RESUMO	33
ABSTRACT	34
1. INTRODUÇÃO	35
2. MÉTODOS	38
3. RESULTADOS	38
4. DISCUSSÃO	41
5. CONCLUSÕES	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	48
1 . DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS DAS VARIÁVEIS	49
ANEXOS	50
ARTIGO 2	58
RESUMO	59
ABSTRACT	60

1. INTRODUÇÃO	61
2. MÉTODOS	63
3. RESULTADOS	64
4. DISCUSSÃO	67
5. CONCLUSÕES	68
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES	73
1. VARIÁVEIS INDEPENDENTES COMPOSTAS	74
1.1 ÍNDICE DE GINI	74
1.2 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	74
ANEXOS	86
NORMAS DA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA	87
NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA.....	102

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – ACESSO A DENTISTA POR OUTROS SERVIÇOS	51
FIGURA 2 – ACESSO A DENTISTA POR SERVIÇO PÚBLICO	52
FIGURA 3 - PREVALÊNCIA DE DOR DE DENTE POR GRUPO ÉTNICO	53
FIGURA 4 – PREVALÊNCIA DE EDENTULISMO POR GRUPO ÉTNICO.....	54
FIGURA 5 – NECESSIDADE DE PRÓTESE POR GRUPO ÉTNICO.....	55
FIGURA 6 – CPO-D POR GRUPO ÉTNICO.....	56
FIGURA 7 - PERDA DENTAL POR GRUPO ÉTNICO	57
FIGURA 1 – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO	76
NEGROS 2000.....	76
FIGURA 2 - ÍNDICE DE GINI NEGROS 2000.....	77
FIGURA 3 – NECESSIDADE DE PRÓTESE PARCIAL.....	78
FIGURA 4 – PERDA DENTAL DE 1 A 12 DENTES.....	79
GRÁFICO 1 – CORRELAÇÃO EXPERIÊNCIA DE DOR X SERVIÇO PÚBLICO	80
GRÁFICO 2 – CORRELAÇÃO EDENTULISMO ANTERIOR X RENDA FAMILIAR .	81
GRÁFICO 3 – CORRELAÇÃO PERDA DENTAL 13 A 31 DENTES X RENDA FAMILIAR.....	82
GRÁFICO 4 – CORRELAÇÃO PERDA DENTAL X ÍNDICE DE GINI.....	83
GRÁFICO 5 – CORRELAÇÃO NECESSIDADE DE PRÓTESE PARCIAL X IDH.....	84
GRÁFICO 6 – CORRELAÇÃO NECESSIDADE DE PROTESE PARCIAL X ÍNDICE DE GINI.....	85

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO ADULTA; BRASIL, 2003	39
TABELA 2 – PERFIL DE INEQUIDADES EM SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO ADULTA; BRASIL, 2003	40
TABELA – 3 CORRELAÇÃO ENTRE INDICADORES SÓCIO ECONÔMICOS E DE DESFECHOS EM SAÚDE BUCAL PARA NEGROS (PRETOS E PARDOS); BRASIL, 2003.	64
TABELA – 4 ESTADOS DA REGIÃO NORTE E NORDESTE: PREVALÊNCIA DE DESFECHOS, RENDA FAMILIAR, IDH E ÍNDICE DE GINI PARA NEGROS (PRETOS E PARDOS); BRASIL, 2003.	66
TABELA 5 COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO (R ²) DOS DESFECHOS EM SAÚDE BUCAL PARA NEGROS (PRETOS E PARDOS); BRASIL, 2003.....	67

1. INTRODUÇÃO GERAL

As evidências empíricas já acumuladas a respeito das amplas desigualdades étnico-raciais no Brasil, a atuação dos movimentos sociais organizados e o amplo debate a respeito do tema vêm resultando em gradual desmistificação da idéia de “democracia racial” no país (CHOR, 2005) .

O Brasil foi considerado, ao longo de várias décadas, o “país da democracia racial” – silêncio imposto sobre o preconceito racial no país. Entretanto, embora nunca tenha se consolidado no país um regime de discriminação racial legal e formal, as proporções sócio econômicas das distinções criadas pelo racismo contemporizador da sociedade na realidade brasileira são outras (HERINGER, 2002). As distinções e desigualdades raciais são contundentes, facilmente visíveis e de graves conseqüências para a população afro-brasileira e para o país como um todo (GUIMARÃES, 2002).

A escravidão e a colonização representaram o contexto em que se originaram estas desigualdades. No país que apresenta o maior contingente de afro-descendentes fora do continente africano, a escravidão deixou suas marcas na posição social de sucessivas gerações da população negra (TELLES, 2003).

Ao demarcar os espaços sociais com base na aparência e na cor da pele, as sociedades latino-americanas, e a brasileira em particular, resgatam a natureza sócio histórica do conceito de raça e capturam seu potencial de identificar diferentes sentidos e significados no acesso ao poder, no acesso ao repertório de direitos efetivamente disponíveis e ao conjunto de recursos socialmente desejáveis (LOPES, 2004).

Tudo isso toca em pontos sensíveis da complexa relação entre raça e saúde, seja pela inconsistência do conceito de raça , como insistem em afirmar os geneticistas, seja pelas inter-relações entre raça e agravos à saúde, ainda mais quando essas interfaces vêm se tornando objeto de política do Estado em tempos de racialização (MAIO; MONTEIRO, 2005).

O racismo brasileiro, a democracia racial e a falácia do conceito de raça, são escamoteados no cotidiano de brasileiras e brasileiros cujas pesquisas revelam a existência de uma situação de desigualdade em diversos níveis: saúde, educação, emprego, habitação e renda. E o país convive, há séculos, com estas barreiras que

travam o desenvolvimento humano de parte significativa de sua população e que se apresenta como um obstáculo de caráter tanto institucional (por meio de políticas que ignoram a população negra e indígena) quanto socioeconômico (por meio da desigualdade social que segrega parte da população nas áreas mais pobres do país) (BRASIL PNUD, 2005).

Os perversos efeitos dessa programação social sobre a população negra são inúmeros, diversos e assimétricos nas várias fases do ciclo de vida, e podem ser evidenciados, diretos ou indiretamente, a partir da análise que o grupo estabelece com as instituições, da análise de sua situação econômica, condições de vida e de desenvolvimento humano, participação no mercado de trabalho, acesso a bens e equipamentos sociais e de sua morbimortalidade como observam Wood & Carvalho (1994), Hasenbalg (1996), Martins & Tanaka (2000), Cavaleiro (2001), Martins (2004), Batista *et al.* (2004).

1.1 DESIGUALDADES SOCIAIS E INIQUIDADES EM SAÚDE

De um modo geral, há um consenso de que o conceito de desigualdade tem uma clara conotação ideológica, podendo diferir a partir da lente pela qual se olha. É também um conceito social e historicamente construído, tendo variado ao longo do processo civilizatório.

Sobre essas desigualdades sociais e iniquidades em saúde, Silva e Barros (2002) apontam para a necessidade do entendimento da desigualdade dentro do debate atual das políticas públicas no Brasil, bem como destacam o papel fundamental da Epidemiologia para o entendimento dos perfis de desigualdade no tocante à saúde. Para os autores, o conceito de iniquidade tem sido empregado (no caso particular das análises de desigualdades sociais em saúde) para designar aquelas consideradas como inaceitáveis “por sua elevada magnitude ou por sua já demonstrada vulnerabilidade a ações factíveis”.

Para Wilkinson (1996), a influência da desigualdade social e econômica sobre a expectativa de vida, em diferentes países, é dramaticamente menor naqueles em que a diferença de renda é maior na sociedade.

Ainda segundo o mesmo autor, as desigualdades podem ser consideradas naturais quando ocorrem como diferenças e dessemelhanças entre os indivíduos como no caso do sexo, raça e idade. Estas mesmas categorias podem adquirir características de desigualdades sociais se a elas for associado o modo como se inserem na estrutura societária da qual fazem parte. Dito de outra maneira, esta “transformação” ocorre quando estas diferenças são utilizadas por uma sociedade como critério para atribuição de papéis sociais.

Assim, mesmo as desigualdades sociais e naturais podem ser encaradas como aceitáveis, dependendo do ponto de vista, pois, neste caso, é preciso acrescentar um juízo de valor. Atribui-se desse modo, ao conceito de desigualdade, a idéia de justiça, surgindo, assim, o conceito de iniquidade (ou seu antônimo, a equidade).

Kawachi *et al.* (2002), apontaram questões pertinentes à desigualdade em saúde que merecem atenção. A distinção entre desigualdade em saúde que se refere a um conceito de dimensão e quantidade que mostra a diferença na ocorrência de um evento ocorrido aleatoriamente, e iniquidade em saúde que se refere a um conceito político que expressa um compromisso moral de justiça social, onde a desigualdade não pode ser medida nem pela ciência, nem pela mensuração de qual proporção de desigualdade é injusta, mas sim prescinde de um julgamento normativo.

Assim, deve-se considerar e discutir aspectos relativos à perspectiva de vida dos indivíduos, como um fator importante, que pode sofrer influência de fatores do início da vida que afetarão a vida adulta, independente de qualquer intervenção, como meio ambiente, fatores durante a trajetória de vida e fatores cumulativos que dependerão da intensidade e duração do estímulo.

Deve-se observar ainda que outras diferenças podem desencadear essa desigualdade em saúde, como sexo ou raça, que ao longo da trajetória de vida do indivíduo serão capazes de estar determinando melhores ou piores oportunidades de renda, moradia, condição psicossocial e interferindo no processo de desigualdade em saúde.

Cresce o interesse sobre a análise do padrão de comportamento dos lugares ou contextos na produção das desigualdades em saúde, quando se observa que pode haver uma influência coletiva, quando existe uma característica dominante na população que predomina em determinado lugar. Assim, raça, por exemplo, pode

ter um efeito contextual que se refere a características inerentes ao ambiente como as culturais, lingüísticas ou de caráter político no acesso de algum serviço de saúde (KAWACHI *et al.*, 2002).

Reforçando esta abordagem, Whitehead (2000) define “iniquidades sociais em saúde” como uma diferença sistemática na saúde entre diferentes grupos socioeconômicos dentro de uma sociedade. Para a autora, “pelo fato de as iniquidades serem socialmente produzidas, são potencialmente evitáveis e são, portanto, amplamente inaceitáveis em uma sociedade civilizada”.

Para Kawachi *et al.*, (2002), a iniquidade (ou desigualdade inaceitável) ao acrescentar um juízo de valor, se reveste de uma característica ideológica e diversas correntes acabam por abordá-la de modo diferente. Na América Latina a partir dos anos 1980, o pensamento marxista a respeito do papel da classe social na determinação das doenças foi preponderante em oposição ao pensamento anglo-saxão de base economicista, fundamentada na teoria de mercado de Adam Smith (SILVA e BARROS, 2002).

1.2 CAPITAL SOCIAL

O “Capital Social”, conceito amplamente utilizado em estudos recentes de saúde pública, foi proposto recentemente por Townsend *et al.* (1988), em uma retomada do referencial teórico originalmente formulado por Émile Durkheim, o qual atribuía a coesão social à solidariedade, matéria do tecido social.

Quando atinge determinados patamares, a desigualdade torna-se disfuncional e contribui para a perda da coesão social, reduzindo a capacidade da sociedade de suprir necessidades individuais. “Capital Social” seria uma indicação de coesão dos agrupamentos sociais, indicando seu potencial de provisão de bens e serviços para a coletividade.

Ao contribuir para a perda de coesão social, a desigualdade exerce efeitos contextuais sobre a saúde, tornando cíclica a injustiça social que realimenta os níveis de doença e morte na população.

Vários estudos têm comprovado que a coesão social, a existência de confiança mútua e respeito entre diferentes setores da sociedade determinam

impacto positivo na saúde. Níveis crescentes de participação reduzem a exclusão social, aumentam e aprimoram o padrão de vida comunitária. Sendo assim capital social promove uma reação individual e coletiva em direção a uma sociedade mais saudável (KAWACHI, 1999; STANSFELD, 1999).

Compreender a dinâmica desse complexo processo é relevante para a implementação de políticas públicas e privadas dirigidas à promoção de saúde e equidade. Esse é um dos principais desafios contemporâneos interpostos aos profissionais da saúde coletiva.

O termo inglês '*deprivation*' tem sido bastante utilizado na literatura científica em saúde em nível internacional. Talvez isso se deva ao fato de que com apenas uma palavra se consiga expressar condições de vida desfavoráveis de uma pessoa ou de uma comunidade (PATUSSI, 1999).

Segundo o mesmo autor, na literatura mundial o conceito de 'privação' tem sido considerado como um sinônimo de baixa condição socioeconômica ou até mesmo como a falta do necessário à vida.

A literatura epidemiológica geral é farta em evidências de que muitas doenças afetam grupos socialmente mais carentes da sociedade, o que inclui privação de acesso à políticas públicas, privação de coesão social, dentre outros fenômenos. Cárie dental não é exceção (MOYSÉS, 2000).

Além de condições de extrema miséria, também graus intermediários de privação socioeconômica repercutem sobre a saúde coletiva, refletindo um complexo processo de interações causais. O processo de exclusão social não se realiza apenas de modo absoluto, mas é matizado por estágios de relativa pobreza e desigualdade social, que também implicam risco aumentado para várias doenças. Os extratos sociais pauperizados apresentam perfis predisponentes a diversos fatores de risco, piores indicadores de qualidade de vida e maior impacto de mortalidade. Além disso, estão sujeitos a sofrer precocemente os efeitos de deterioração da saúde, e o início de doenças crônicas mais freqüentes em idades mais avançadas (WAGSTAFF, 2001).

Famílias submetidas às más condições de moradia e trabalho estão menos expostas à informação em saúde, o que faz com que seus membros se engajem com mais facilidade em comportamentos de risco. As pessoas carentes têm menos acesso aos serviços de saúde e deixam de procurá-los com finalidades preventivas ou nos estágios iniciais de suas necessidades de tratamento. Vêm-se prejudicadas

em sua condição nutricional, têm menos acesso a diagnósticos precoces, menos recursos terapêuticos e um pior prognóstico quando desenvolvem doenças (ANTUNES *et al*, 2003).

No período recente, assistiu-se a uma retomada e intensificação dos estudos voltados às múltiplas e complexas interações entre saúde e desigualdade social. Diferenciais de ordem socioeconômica vêm sendo estudados como possíveis fatores causais, coadjuvantes e conseqüências de inúmeras doenças, e, nesse sentido, fala-se em associação entre saúde e condição social (BOING *et al.*, 2006).

Segundo o mesmo autor, associação tem sido explorada não apenas do ponto de vista dos indivíduos afetados, mas também no âmbito das coletividades. Intensas disparidades de ordem socioeconômica são indicativas de uma comunidade com reduzido capital social, com capacidade restrita de prestar apoio aos seus membros mais necessitados e amortecer o impacto prejudicial das doenças sobre a coletividade.

1.3 EXCLUSÃO SOCIAL

A exclusão é um todo que se constitui a partir de um amplo processo determinado que acompanha, em menor ou maior grau, a evolução da humanidade. As raízes de sua manifestação foram identificadas por alguns e pronunciadas por muitos ao longo do tempo.

A exclusão social, que associa o acúmulo de deficiências de várias ordens à falta de proteção social, é uma das formas de se analisar como e por que indivíduos e grupos não conseguem ter acesso ou beneficiar-se das possibilidades oferecidas pelas sociedades e economias. A exclusão social pode ser vista como um processo que leva à negação (ou desrespeito) dos direitos que garantem ao cidadão um padrão mínimo de vida, envolvendo tanto os direitos sociais quanto questões materiais, significando não apenas a falta de acesso a bens e serviços que signifiquem satisfação das necessidades básicas, mas também a ausência de acesso à segurança, justiça, cidadania e representatividade política (NAHAS, 2006).

O modo de produção capitalista é estruturalmente excludente. Isto já foi demonstrado por Marx na metade do século passado. Deste ponto de vista, a exclusão social não é um novo fenômeno. Pelo contrário, ele é inerente ao processo

de acumulação. Este fato permitiu incluir no senso comum a concepção de que a exclusão é natural, como apregoava Adam Smith sobre a naturalidade da diferença e do processo seletivo da natureza. Note-se, porém, que a noção de Smith colocava a exclusão no patamar de uma condição individual, enquanto Marx demonstrou a exclusão social como a lógica inerente a um dado processo de produção (SPOSATI, 1998).

Ainda segundo a autora, há uma distinção entre exclusão social e pobreza. Por conter elementos éticos e culturais, a exclusão social se refere também à discriminação e à estigmatização. A pobreza define uma situação absoluta ou relativa. Não se entende como sinônimos quando se tem uma visão alargada da exclusão, pois ele estende a noção de capacidade aquisitiva relacionada à pobreza a outras condições atitudinais, comportamentais que não se referem tão só à capacidade de não retenção de bens. Conseqüentemente, pobre é o que não tem, enquanto o excluído pode ser o que tem sexo feminino, cor negra, opção homossexual, é velho, etc. A exclusão alcança valores culturais, discriminações. Isto não significa que o pobre não possa ser discriminado por ser pobre, mas que a exclusão inclui até mesmo o abandono, a perda de vínculos, o esgarçamento das relações de convívio, que necessariamente não passam pela pobreza.

A exclusão social constitui uma marca inquestionável de desenvolvimento capitalista brasileiro. Com a abolição da escravatura, os negros deixaram de ser formalmente excluídos, ainda que o país não tivesse sido capaz de oferecer nenhuma política pública de inclusão social.

O Atlas da Exclusão Social no Brasil relata a “velha” exclusão social como a forma de marginalização dos frutos do crescimento econômico e da cidadania, expressa pelos baixos níveis de renda e escolaridade, incidindo entre os migrantes, analfabetos, mulheres, famílias numerosas e a população negra (POCHMANN *et al.*, 2003).

Entende-se por “nova” exclusão um fenômeno de ampliação de parcelas significativas da população em situação de vulnerabilidade social, e também as diferentes formas de manifestação da exclusão, abarcando as esferas cultural, econômica e política. A exclusão se apresenta sob múltiplos aspectos em várias dimensões da vida nacional. Ao longo da segunda metade do século XX, de maneira sempre reiterada, quase metade das 27 unidades federativas brasileiras apresentou índices aflitivos de pobreza, sendo que a mesma quantidade exibiu índices sofríveis

de assalariamento formal. Mais de um terço mostraram índices inaceitáveis de desigualdades de rendimentos, enquanto dois terços revelaram índices precários de alfabetização e escolaridade. Finalmente, cerca de metade apresentou índices preocupantes de violência e, como síntese, igual número revelou índices críticos de exclusão (POCHMANN *et al.*, 2003).

É bem verdade que as unidades da federação que se mostraram sob estas condições em 1960, 1980 e 2000 foram freqüentemente as mesmas (quase sempre localizadas na região Norte e, principalmente, Nordeste). Mas em hipótese alguma isso tornou a questão menos grave, porque tais unidades responderam continuamente por 35% da população nacional. Ou seja, ao longo de toda a segunda metade do século mais de um terço dos brasileiros se encontrou vivendo sob velhas e novas formas de exclusão social (CAMPOS *et al.*, 2003).

Esta exclusão social, no caso da população negra, determina condições especiais de vulnerabilidade. Este conceito, de forma sintética, seria *“o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das conseqüências indesejáveis daquela situação”* (LOPES, 2004).

Assim, além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em constante estado defensivo. Essa necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual) (LOPES, 2004).

1.4 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS)

Todos estes fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos étnico-raciais e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, expressam com maior ou menor nível de detalhe o

conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. São eles os determinantes sociais da saúde (DSS), que para a OMS (Organização Mundial da Saúde), são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Nancy Krieger introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. (BUSS, 2006).

Nas últimas décadas, observa-se tanto na literatura nacional como na internacional, um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira que se organiza e desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (ALMEIDA FILHO, 2003).

Este avanço fica evidente no estudo das iniquidades em saúde, daquelas desigualdades em saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000).

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) recentemente declarou que as iniquidades em saúde são a doença mais grave no Brasil, pois a má distribuição de renda desgasta o capital social, as relações de solidariedade e confiança entre as pessoas e grupos. Neste caso, busca-se analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. (BUSS, 2007).

Há muito se reconhece que as principais determinantes dessas iniquidades estão relacionadas à forma como se organiza a vida social. Já em meados do séc. XIX, Virchow entendia que “a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem submeter-se à pesquisa científica (BUSS & PELLEGRINI, 2006).

Segundo Nancy Adler (2006) podemos identificar três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde. A primeira geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda a descrever os gradientes de saúde de acordo com os vários critérios de estratificação socioeconômica; a terceira e atual geração estão dedicadas principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades ou, para usar a expressão de Adler: está dedicada a responder a

pergunta: como a estratificação econômico-social consegue “entrar” no corpo humano?

Enquanto os determinantes individuais são importantes para identificar que indivíduos dentro de um grupo estão submetidos a maior risco, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionados com outros fatores, principalmente o grau de equidade na distribuição de renda (KAWACHI *et al.*, 1997; WILKINSON, 1997; PELLEGRINI FILHO, 2000).

1.5 METAS DO MILÊNIO – OBJETIVOS DO MILÊNIO (ODM)

Em setembro de 2000, na Cúpula do Milênio, realizada pela ONU, chefes de estado e de governo de 191 países subscreveram a Declaração do Milênio, um conjunto de 8 objetivos para o desenvolvimento e a erradicação da pobreza no mundo. Assim, inicia-se o debate sobre as Metas do Milênio, com nova ênfase nos determinantes sociais que se afirma com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005.

Os oito objetivos da Cúpula do Milênio são:

- Erradicar a extrema pobreza e a fome
- Atingir o ensino básico universal
- Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres
- Reduzir a mortalidade infantil
- Melhorar a saúde materna
- Combater o HIV/AIDS
- Garantir a sustentabilidade ambiental
- Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

Dados estes oito Objetivos Internacionais comuns, 18 metas e mais de 40 indicadores foram definidos, para possibilitar uma avaliação uniforme dos ODM, nos níveis global, regional e nacional. As metas definidas devem ser atingidas, em sua maioria, num período de 25 anos, entre 1990 e 2015 (PNUD, 2004).

O acompanhamento dos ODM deve considerar especificidades nacionais. Por isso, cada país deve valer-se de suas capacidades para monitorar a consecução dos mesmos.

Em relação a isso, o Atlas Racial Brasileiro (2004) traz uma contribuição ímpar, para que o Brasil “tropicalize” os ODM, adequando-os à realidade do país. Os dados contidos no Atlas mostram que os pobres e os negros estão em pior situação social e, em vista da alta superposição desses dois grupos, somente dados desagregados como os do Atlas permitem determinar até que ponto é a pobreza ou a raça que provoca a desvantagem.

Após a Cúpula do Milênio, a cidade de Durban, na África do Sul, abrigou, em 2001, a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, também sob os auspícios da ONU. Nesta conferência, novos compromissos foram assumidos pela comunidade das nações, relativos aos direitos daqueles grupos sociais que sofrem com o racismo e outras formas de discriminação (BRASIL PNUD, 2004).

A Conferência de Durban, reuniu delegações de 173 países, 4 mil organizações não governamentais e mais de 16 mil participantes, na discussão do racismo e todas as formas de discriminação racial, à xenofobia e demais intolerâncias baseadas em raça, cultura, origem, religião, língua, etnia, deficiência, e agravadas por gênero, idade e condição sócio econômica.

Neste contexto, uma das medidas da Conferência Regional das Américas, realizada em Brasília em Julho de 2006, foi adequar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio aos objetivos estabelecidos pela Conferência de Durban. As Metas do Milênio deveriam ser referências para medir o desenvolvimento político, econômico e social dos povos afro descendentes, indígenas e demais segmentos (BRASIL, PNUD 2004).

A proporção de pessoas que vivem abaixo de linhas de pobreza (nacionais e internacionais) é um dos principais indicadores para monitoramento do progresso do Objetivo do Milênio de se reduzir a pobreza pela metade até 2015. No Brasil, a

proporção de pobres na população revela uma importante dimensão da persistência da desigualdade racial brasileira (IBGE PNUD, 2004).

Em uma releitura desta Declaração dos Objetivos do Milênio no Brasil, um nono objetivo foi proposto pela AAFESP (Associação da Anemia Falciforme do Estado de São Paulo) à ONU com o objetivo de combater o racismo político ideológico que exclui do processo de desenvolvimento 45% da população brasileira, ou seja, 91 milhões de pessoas negras que compõem o segmento étnico brasileiro com os piores indicadores sociais e econômicos (AAFESP, 2008).

Considerar as especificidades e desenhar estratégias que efetivamente ajudem a construir a equidade na atenção à saúde da população negra é um desafio que começa a ser enfrentado no Ministério da Saúde. A perspectiva é de melhorar a articulação entre as iniciativas das diversas áreas, de modo a potencializar o efeito da intervenção do gestor federal, no seu papel de indutor de políticas (BRASIL, 2004).

A forte associação entre a pobreza e população negra está expressa em diversos indicadores, sejam estes econômicos, educacionais ou de saúde, que atestam as desigualdades raciais nestas áreas. A tese, amplamente difundida, de que a eliminação da pobreza resolve também a iniquidade relacionada à população negra, vem sendo derrubada paulatinamente por pesquisas recentes, posto que desconsidera o racismo enquanto fator estruturante das relações sociais no Brasil; é mister se agregar ao princípio da universalidade o de equidade, conforme instituído pelo SUS (BRASIL, 2004).

As relações entre raça e saúde vêm sendo objeto de uma série de iniciativas centradas na criação de um campo de reflexão política denominado 'saúde da população negra' (MAIO; MONTEIRO, 2005).

1.6 DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE BUCAL

Desigualdades em saúde bucal têm sido interpretadas como o termo geral que se refere a distribuições assimétricas de condições de saúde bucal em uma população. Principalmente, desigualdades em saúde bucal são descritas na literatura como características demográficas e sociais básicas como idade, sexo,

estado matrimonial, ocupação ou então variáveis “bucais” incluindo acesso a bens e serviços de tratamento, prevenção e higienização. Empiricamente, em poucos estudos, critérios como renda, educação, relação com os meios de produção, o número de empregados ou subordinados, ou prestígios de ocupação têm sido usados (PETERSEN, 1990).

Apesar de pouco estudada nos países em desenvolvimento, a influência da desigualdade socioeconômica na saúde bucal é semelhante à dos países desenvolvidos. Comunidades com grande desigualdade apresentam mais problemas de saúde bucal, independentemente da sua saúde como um todo. A desigualdade não afeta somente o indivíduo ou família que está em privação e não é superada pela simples melhoria no nível de pobreza (PATUSSI; MARCENES, 2001).

Existe literatura convincente de que privação social em nível populacional apresenta estreita relação com iniquidades em saúde bucal, assim como os mais pobres têm geralmente pior saúde dental que os grupos mais ricos (LOCKER, 2000).

Patussi (1999), em sua pesquisa sobre a relação entre privação e saúde bucal, sugere que fatores sociais como ‘privação’ tem sido investigados como causas das desigualdades em saúde bucal existentes entre indivíduos e entre populações.

Do mesmo modo, vários indicadores ou índices têm sido usados para medir privação ao nível individual e/ou ao nível de área; ao nível individual, quanto mais desvantajado for o indivíduo ou família, pior é ou será sua saúde bucal, enquanto que quanto mais privada de fatores sociais e materiais a área, pior é ou será a saúde bucal da população que reside na mesma. A relação entre privação e saúde bucal sugere que fatores sociais como ‘privação’ (baixa condição sócio econômica ou até mesmo a falta do necessário à vida), têm sido investigados como causas das desigualdades em saúde bucal existente entre indivíduos e entre populações.

A condição bucal não permite apenas um registro quantitativo, mas possui também uma história vivida. Pessoas pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho, carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade objetiva, e outra subjetiva, velada, pouco estudada nos aspectos fundantes (MOREIRA *et al.*, 2007).

Nas pesquisas sobre iniquidades, as disparidades étnico-raciais vêm adquirindo relevância crescente em saúde coletiva, e particularmente em Odontologia. Evidências apontando a sistemática condição de desvantagem e

exclusão dos negros (pretos e pardos) em relação aos brancos já são bastante consideráveis e atingem variados momentos do ciclo vital (HERINGER, 2002; BATISTA, 2005).

Muitas doenças afetam grupos socialmente mais carentes da sociedade, o que inclui privação de acesso a políticas públicas, privação de coesão social, dentre outros fenômenos. Cárie dental não é exceção e as explicações materiais ou estruturais, desenvolvidas como modelo de determinação social das doenças na epidemiologia social, tem uma grande contribuição a dar para o entendimento da saúde bucal. Estudos apontam para uma provável relação entre Desenvolvimento Humano e qualidade de vida com saúde bucal. Diferenciais em saúde bucal são expressões biológicas de fatores sociais que estão colocados em uma hierarquia explicativa muito superior embora distantes em termos de mecanismos causais seqüenciados do nível macro (sociedade) para o nível meso (indivíduo) e o nível micro (célula). Cárie dental também é uma expressão da “biologia da desigualdade” (MOYSÉS, 2000).

Roncalli *et al.*, (2004) afirma que no caso da cárie dentária, cuja determinação é social, quanto melhores as condições de vida das pessoas, não somente relativas ao consumo de bens, mas ao conjunto de elementos que compõem o conceito de qualidade de vida, melhor será a sua situação de saúde bucal.

No Brasil, iniquidades em saúde bucal são de grande magnitude, sendo fundamental o estudo dos mecanismos de sua produção, visando atingir três objetivos principais: o de denúncia política; da produção de conhecimento científico sobre o tema; e da conseqüente proposição de intervenções em saúde (PERES, 2008). Estas iniquidades entre grupos sociais são evidenciadas em todos os países, apesar de existirem variações importantes na magnitude de tais diferenças (SISSON, 2007). Por estas razões, os estudos das iniquidades em saúde bucal são considerados como um dos temas de pesquisa prioritários pela Organização Mundial da Saúde (PETERSEN, 2003).

Pela alta superposição de determinantes, quais sejam, raça/etnia, posição social (gênero, educação, renda), faixa etária e o renovado impacto das barreiras sociais, econômicas e culturais nas condições de vida e saúde dos negros, as investigações no campo da saúde bucal devem ser estimuladas a exemplo de outros campos como o da educação, mercado de trabalho e justiça.

Deste modo, os objetivos desta pesquisa foram identificar as iniquidades em saúde bucal na população de adultos brasileiros de 35 a 44 anos com base nos diferentes grupos étnicos (pretos, pardos e brancos) de acordo com autodeclaração de raça/cor na ocasião do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003 (**Artigo 1**).

Assim como identificar as iniquidades em saúde bucal na população de adultos brasileiros de 35 a 44 anos que se autodeclararam pertencentes ao grupo étnico Negros na ocasião do Levantamento Epidemiológico Nacional SB Brasil 2003¹³, e verificar correlações destas iniquidades com condições sócio-demográficas globais de IDH e Índice de Gini no nível agregado (**Artigo 2**).

REFERÊNCIAS GERAIS COMPLETAS

AAFESP. Associação de Anemia Falciforme do Estado de São Paulo. **Os Objetivos do Milênio sem o Racismo**. Disponível em: <http://www.aafesp.org.br/>. Capturado em 30/06/2008.

ADLER, N. **Behavioral and social sciences research contributions in NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health, October 23-24, 2006 NIH Campus, Bethesda, Maryland**. Disponível em: <http://obsr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html>. Acesso em: 16/02/08.

ALMEIDA FILHO, N. *et al.* **Research on health inequalities in Latin América and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971 – 2000) and descriptive content analysis (1971 – 1995)**. Am. J Public Health, n. 93, p. 2027 – 2043), 2003.

ANNAM, K. **Prêmio Nobel da Paz, 2001**. 7º Secretário Geral da ONU de 1997. a 2007.

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A.; MELLO, T.R.C. **Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, 11 (1): 79-87, 2006.

ANTUNES, J.L.F.; FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C.; BISPO, C.M.; PEGORETTI, T. **Spatial analysis to identify differentials in dental needs by área-based measures**. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 30:133-42, 2002.

ANTUNES, J.L.F.; PEGORETTI, T.; ANDRADE, F.P.; JUNQUEIRA, S.R.; FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. **Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children**. Int. Dent. J : 53:7-12. 2003.

BALDANI, M.H.; VASCONCELOS, A.G.; ANTUNES, J.L.F. **Associação do Índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil**. Cad. Saúde Pública 2004; 20;143-52.

BARBATO, P.R.; NAGANO, E.C.M; ZANCHET, F.N.; BOING, A.F.; PERES, M.A. **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)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (8):1803-1804, ago, 2007.

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R; MENDONÇA, R. **Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável**. Rev. Brasileira de Ciências Sociais, 2000: 15 (42): 127- 141.

BATISTA, L. E. KALCKMANN, S. (Org). **Em busca de Eqüidade no Sistema Único de Saúde. Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. 232 p. (Temas em Saúde Coletiva 3).

BATISTA, L.E.; ESCUDER, M.M.L. PEREIRA, J.C.R. **A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001.** Rev. Saúde Pública, 2004.

BOING, A. F.; KOVALESKI, D. F.; ANTUNES, J. L. F. **Medidas de Condições Socioeconômicas em Estudos Epidemiológicos de Saúde Bucal.** In: Epidemiologia da Saúde Bucal. JÚNIOR, O.C. (Coord). Edit. ANTUNES, J. L.; PERES, M. A. Guanabara Koogan, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Banco de Dados da pesquisa: **“Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – Projeto SBBrasil 2003”**. Disponível na Internet em www.saude.gov.br. Capturado em 03/06/2007.

BRASIL, PNUD. Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Brasília: PNUD; 2000.

BRASIL, PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas Racial Brasileiro.** Brasília: PNUD; 2004.

BRASIL, PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano. Racismo, pobreza e violência.** Brasília: PNUD; 2005.

BRASÍLIA., Sistema Nações Unidas. **Subsídios pra o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de Eqüidade.** Brasília, 2001.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI, A.F. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9): 2005-2008, set., 2006.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI, A.F. **A Saúde e seus Determinantes Sociais.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CABRAL, E. D.; CABRAL JR., A.F.; CABRAL, H.A.M. **Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth.** Community Dent. Oral Epidemiol 2005; 33: 461-6. Blackwell Munksgaard, 2005.

CAMPOS, A. [et al.] ., (organizadores). **Atlas da Exclusão Social no Brasil, volume 2: dinâmica e manifestação territorial.** São Paulo, Cortez, 2003.

CAVALLEIRO, E. **Racismo e anti-racismo na educação: repensando nossa escola.** São Paulo, Summus, 2001.

CHOR, D.; LIMA, C.R.A. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil.** Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5): 1586 – 1594, set-out, 2005.

EKANAYAKE, L.; MENDIS, R. **Self reported use of dental services among employed adults in Sri Lanka.** Int. Dent. J.;52:151-5.;2002.

FERNANDES, L. S. **Associação entre indicadores de assistência odontológica e indicadores de desenvolvimento social e econômico nos 293 municípios de Santa Catarina – Brasil.** [Dissertação de Mestrado]. Joaçaba, 2004.

FERREIRA, A.A.A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C.W.A.; ALVES, M.S.C.F. **A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal.** Ciência & Saúde Coletiva, 11(1): 211-218, 2006.

FRAZÃO, P.; ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. **Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998.** Rev. Bras. Epidemiol vol.6; nº 1, p. 49-57. 2003.

FRIAS, A.C; ANTUNES, J.L.F.; JUNQUEIRA, S.R.; NARVAI, P.C. **Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie não tratada no Brasil.** Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 22 (4), 2007.

GUIMARÃES, A.S.A. **Classes, Raças e Democracia.** São Paulo: Editora 34. 2002.

GUSHI, L.L.; SOARES, M.C.; FORNI, T.I.B.; VIEIRA, V.; WADA, R.S.; SOUSA, M.L.R. **Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002.** Cad. Saúde Pública. 2005 ;21(5): 1383-91.

HASENBALG, C. **Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil.** In: Maio M.C., Santos, R.V.(orgs). Raça, Ciência e Sociedade. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Centro Cultural Banco do Brasil; 1996. p. 235-49.

HERINGER, R. **Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 57-65, 2002.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Portaria nº 3.947/GM. Diário Oficial da União 1999; 14 Jan.

KAWACHI, I. **Social capital and community effects on population and individual health.** Ann N. Y. Acad. Sci 1999; 896: 120-130.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.V. ALMEIDA FILHO, N. A. **A glossary for health inequalities.** J. Epidemiol. Community Health 2002. 56 (9): 647-652.

KRIEGER, N. **A Glossary for social epidemiology.** J. Epidemiology Community Health, n. 55, p. 639-700, 2001.

KRIEGER, N. **Stiky webs; hungry spiders; buzzing flies; and fractal methaphors: on the misleading juxtaposition of “risk factor” versus “social” epidemiology.** Journal of Epidemiology and Community Health 1999; 53: 678-680.

LACERDA, J.T.; SIMIONATO, E.M.; PERES, K.G.; PERES, M.A.; TRAEBERT, J.; MARCENES, W. **Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta.** Rev. de Saúde Pública 2004; 38(3):453-8.

LOCKER, D. **Deprivation and Oral Health: A review.** Community Dentistry and Oral Epidemiology 2000; 28(3): 161-169.

LOPES, F. **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** (Projeto 914BRA3002) Convênio FUNASA/ MS/ E UNESCO. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil.** Brasília, 2004.

MAIO, M.C.; MONTEIRO, S. **Tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil.** História, Ciências e Saúde. V. 12, n. 2, p. 419 – 46, maio/ago 2005. Manguinhos, Rio de Janeiro.

MARTINS, E.M. **Construindo o valor da saúde bucal.** Rev. Ação Col, 2:5-9, 1999.

MARTINS, R.B. **Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente.** Santiago do Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2004. (Série Políticas Sociales 82). http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/2/LCL2028PP/Serie82_P.pdf (acessado em 10/Set/2008).

MARTINS A.L., TANAKA, A.C.D. **Mulheres negras e mortalidade no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998.** Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Humano ; 10:27 - 38. 2000.

MOREIRA, T. P.; NATIONS, MK.; ALVES, MCFC.. **Dentes da Desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade de Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (6): 1383-1392, Jun, 2007.

MORGENSTERN, H. **Ecologic studies.** In: Rothman K.J., Greenland S. Modern Epidemiology. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. P. 459-480, 1998.

MOYSÉS, S. J. **Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza.** Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva. V. 1, n. 1, p. 7 – 17. 2000.

NAHAS, M. I. P. **Mapeando a Exclusão Social em Belo Horizonte.** Bases Teóricas, Metodologia de Elaboração e aplicabilidade de indicadores intra-urbanos na Gestão Municipal da Qualidade de Vida em grandes cidades: o Caso de Belo Horizonte. Artigo 3. 1999.

PATUSSI, M. P. **Privação e Saúde Bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside.** Revista Ação Coletiva, ; II (1): 03-08:1999.

PATUSSI, M. P.; MARCENES, W, ; CROUCHER, R.; SHEIHAM, A. **Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children.** Social Science and Medicine ; 53 (7): 915-925; 2001.

PERES, M.A.;PERES. K.G. ANTUNES, J.L.F. JUNQUEIRA, S.R.;FRAZÃO, P.;NARVAI, P.C. **The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children.** Rev. Panam Salud Publica ;14;149-57; 2003.

PERES, M.A.;PERES, K.G. **A Saúde Bucal no Ciclo Vital: Acúmulo de Risco ao Longo da Vida.** In: Epidemiologia da Saúde Bucal. Oswaldo Crivello Junior (Coord). Guanabara Koogan, p. 249-257. Rio de Janeiro, 2006.

PERES, M.A.;PERES, K.G. **O impacto de eventos precocemente experimentados na família sobre a saúde bucal.** In: MOYSÉS, S.T; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. Saúde Bucal das Famílias – trabalhando com evidências. (Coord). Artes Médicas – Divisão Odontológica. p. 195-205. 2008.

PETERSEN, P.E. **Social Inequalities in dental health: towards a theoretical explanation.** Community Dental and Oral Epidemiology. 18: 153-158.1990.

PETERSEN, P.E. **The world oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme.** Community Dentistry and Oral Epidemiology, v. 31, suppl 1,p. 3-24, 2003.

PINTO, V.G. **Epidemiologia das doenças bucais no Brasil.** In: Promoção da Saúde Bucal. KRIGER, L. (Org.), p. 24-41, São Paulo:Artes Médicas, 1997.

POCHMANN, M. AMORIN, R (Orgs.). **Atlas da Exclusão Social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2002 (v,1) e 2003 (v. 2).

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília: PNUD; 2005.**

RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C.; COSTA, P.A.P.; **A Cárie dentária.** In: FERREIRA, M.A.F; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. (Orgs). Saúde Bucal Coletiva: Conhecer para atuar. Natal: EDUFRN. Cap.5. 2004

SANTOS, R.M. **Distribuição das doenças da cavidade bucal nos usuários do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: um estudo de prevalência.** [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. 1996.

SPOSATI, A. O. **Mapa da Exclusão/Inclusão Social na cidade de São Paulo 2000.** São Paulo, PUC-SP/Polis, 2001.

- STANSFELD, S. A. **Social support and social cohesion**. In: Marmot, M. , Wilkinson, R.G., editors. Social determinants of health. Oxford: University Press; p. 155-174.1999.
- SILVA, J. D. B.; BARROS, M. B. A. **Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história**. Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health; 12 (6): 375-383. 2002.
- SISSON, K.L. **Theoretical Explanation for social inequalities in oral health**. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v. 35, n. 2, p. 81-88.2007.
- SOUZA, L. **A saúde e a doença no dia-a-dia do povo**. Cadernos do Ceas; 77: 18-29; 1982.
- SUSIN, C.; OPPERMANN, R.V.; HAUGEJORDEN, O.; ALBANDAR, J.M. **Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil**. Acta Odontol Scand ; 63:85-93, 2005.
- TEIXEIRA, M.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B. **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento**. São Paulo: Grupo Editorial Moreira JR; 2001.
- TELLES, E. **Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.
- TOWNSEND, P. ; PHILLIMORE, P.; BEATTIE, A.; **Health and Deprivation: Inequality and the North**. London: Croom Helm, 1988.
- WAGSTAFF, A. **Poverty and health**. Geneva: World Health Organization. Comission on Macroeconomics and Health. CMH Working Paper Series.
- WILKINSON, R.G. **Unhealthy Societies . The afflictions of inequality**. London and New York: Routledge, 255 p.1996.
- WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ICP/RPD 414. 7734r, Geneva: WHO, 2000. Fevereiro de 2006)
- WHO. World Health Organization. **Global Oral Health**. http://www.whocollab.od.mah.se/countriesal_phab.html (Acessado em 13/Fev/2006).
- WOOD, C.H., CARVALHO, J.A.M. **Categorias do censo e classificação subjetiva de cor no Brasil**. Revista Brasileira de Estudos Populacionais;11:3-15, 1994

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA**

SANDRA KATSUE GUIOTOKU

**ARTIGO 1
INIQUIDADES EM SAÚDE BUCAL ENTRE
PRETOS, PARDOS E BRANCOS: ESTUDO COMPARATIVO**

**CURITIBA
2009**

RESUMO

Este foi um estudo transversal de base territorial com abordagem quantitativa cujos objetivos foram identificar as iniquidades em saúde bucal na população de adultos de 35 a 44 anos, entre grupos étnicos (pretos, pardos e brancos), de acordo com a autodeclaração de raça/cor dos participantes na ocasião do Levantamento Epidemiológico Nacional SB Brasil 2003. A amostra estudada constituiu-se de 12.811 adultos de ambos os sexos, na faixa etária de 35 a 44 anos e que participaram do referido Levantamento Epidemiológico. Destes, 5.893 indivíduos pertenciam ao grupo étnico brancos, 1.231 pretos, e 5.687 eram pardos. A coleta dos dados ocorreu por meio da análise dos dados secundários do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003. As variáveis dependentes estudadas foram: experiência de dor de origem dental, CPO-D, perda dental (componente P do CPO-D), edentulismo anterior, e necessidade de prótese (incluindo prótese parcial e prótese total). As variáveis independentes incluíram: renda familiar, escolaridade, tipo de moradia e tipo de acesso à dentista. Comparou-se o perfil epidemiológico de iniquidades em saúde bucal estratificados por grupo étnico. Os resultados apontam significantes disparidades sócio demográficas e de iniquidades em saúde bucal entre pretos, pardos e brancos. A renda familiar dos brancos foi 86% maior que dos pretos e 68% maior que os pardos e a escolaridade dos brancos era de 1,7 anos maior que dos pretos (I.C. 95%). Em relação ao acesso à dentista, 56,8% dos pretos utilizavam o serviço público, na mesma proporção que os brancos utilizavam outros serviços. Em relação às iniquidades em saúde bucal, a perda dental dos pardos foi de 14,2%, 14% maior que a dos brancos (12,8%). A necessidade de prótese parcial dos pretos foi 19% maior que a dos brancos (76,5% e 65,5% respectivamente). Os pardos necessitavam 90% mais prótese total que os brancos ($p < 0,00$). As iniquidades em saúde bucal para os grupos étnicos e etários estudados demandam estratégias de combate às iniquidades raciais em saúde, às disparidades contextuais e sociais e promoção de saúde bucal.

Palavras chave: saúde bucal; grupos étnicos; condições sociais; adultos.

ABSTRACT

This was a cross sectional study with quantitative approach whose objectives were to identify inequalities in oral health in the population of adults 35 to 44 years, (Black, Mulatto, and White) in accordance with the self reported race/color of the participants in a Brazilian National Surveys 2003. The study sample consisted of 12.811 adults of both sexes, aged 35 to 44 years who participated in the epidemiological survey. Of these, 5.893 individuals belonged to the White ethnic group, 1.231 Black and 5.687 were Mulatto. Data collection occurred through the analysis of data from the Epidemiological Survey Brasil 2003. The dependent variables were: experience of dental pain, DMF, tooth loss, edentulism, and prosthetic need (including partial and total denture). The independent variables included: family income, schooling, type of housing, access to the dentist. The results showed significant differences in demographic and social inequities in oral health among Black, Mulatto and White. The family income of Whites was higher than 86% of Blacks and 68% higher than Mulatto. And White schooling was 1,7 years higher than Blacks (I.C. 95%). Regarding access to the dentist, 56,8% of Blacks used the public service, the same ratio as the Whites used other services. In relation to inequities in oral health, teeth loss in the Mulatto group was 14,2%, 14% higher than that of Whites (12,8%). The needed for partial prosthesis of Black was 19% higher than that of Whites (76,5% and 65,5% respectively). The Mulatto needed 90% more total prosthesis than Whites ($p < 0,00$). Inequities in oral health for the age and ethnic group studied demand strategies to tackle racial inequalities in health, the contextual and social disparities and oral health promotion.

Key words: oral health; ethnic groups; social conditions; adults.

1. INTRODUÇÃO

Em anos recentes, as relações entre raça e saúde vêm sendo objeto de uma série de iniciativas centradas na criação de um campo de reflexão política denominado ‘saúde da população negra’¹⁹.

As desigualdades étnico-raciais vêm adquirindo relevância ainda maior na produção de diferentes perfis de doença⁹, onde a forte associação entre a pobreza e população negra está expressa em vários indicadores, sejam estes econômicos, educacionais ou de saúde, que atestam as desigualdades raciais nestas áreas.

No Brasil, em períodos anteriores, a escravidão e a colonização representaram o contexto em que se originaram estas desigualdades, desfavoráveis para minorias populacionais. No caso do Brasil, o país que apresenta o maior contingente de afro-descendentes fora do continente africano, a escravidão deixou suas marcas na posição social de sucessivas gerações da população negra³⁰.

Tudo isso toca em pontos sensíveis da complexa relação entre raça e saúde, seja pela inconsistência do conceito de raça, como insistem em afirmar os geneticistas, seja pelas inter-relações entre raça e agravos à saúde, ainda mais quando essas interfaces vêm se tornando objeto de política do Estado em tempos de racialização¹⁹.

Ao demarcar os espaços sociais com base na aparência e na cor da pele, as sociedades latino-americanas, e a brasileira em particular, resgatam a natureza sócio histórica do conceito de raça e capturam seu potencial de identificar diferentes sentidos e significados no acesso ao poder, no acesso ao repertório de direitos efetivamente disponíveis e ao conjunto de recursos socialmente desejáveis¹⁶.

No Brasil, a referência oficial para os dados de composição racial da população é o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. O parâmetro que o instituto utiliza para efetuar a classificação é o quesito “cor/etnia”. A pergunta feita aos cidadãos por ocasião do recenseamento permite que cada um responda de acordo com cinco categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena.

Segundo a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) a população brasileira foi estimada em 184,4 milhões de habitantes, em 2005, sendo que 91 milhões de pessoas se declararam de cor/raça parda ou preta, aproximando-

se bastante da população branca, estimada em 92 milhões. Assim, os negros (pardos e pretos) correspondem, hoje, praticamente à metade da população do país. Destes, 35,8 milhões residem na Região Nordeste e 32 milhões, no Sudeste⁸.

De um modo geral, há um consenso de que o conceito de desigualdade tem uma clara conotação ideológica, podendo diferir a partir da lente pela qual se olha. É também um conceito social e historicamente construído, tendo variado ao longo do processo civilizatório.

Em uma consistente revisão desses conceitos publicada em 2002, Silva e Barros²⁷ apontam para a necessidade do entendimento da desigualdade dentro do debate atual das políticas públicas no Brasil, bem como destacam o papel fundamental da Epidemiologia para o entendimento dos perfis de desigualdade no tocante à saúde.

Para Wilkinson³¹, o tema da desigualdade não é tão novo, uma vez que estava presente desde a Grécia dos séculos VI a VII A.C.

Para o autor, as desigualdades podem ser consideradas naturais quando ocorrem como diferenças e dessemelhanças entre os indivíduos como no caso do sexo, raça e idade. Estas mesmas categorias podem adquirir características de desigualdades sociais se a elas for associado o modo como se inserem na estrutura societária da qual fazem parte. Dito de outra maneira, esta “transformação” ocorre quando estas diferenças são utilizadas por uma sociedade como critério para atribuição de papéis sociais.

Assim, mesmo nas desigualdades sociais e naturais podem ser encaradas como aceitáveis, dependendo do ponto de vista, pois, neste caso, é preciso acrescentar um juízo de valor. Atribui-se desse modo, ao conceito de desigualdade, a idéia de justiça, surgindo, assim, o conceito de iniquidade (ou seu antônimo, a equidade).

Simplificadamente, portanto, o conceito de iniquidade tem sido empregado (no caso particular das análises de desigualdades sociais em saúde) para designar aquelas consideradas como inaceitáveis “por sua elevada magnitude ou por sua já demonstrada vulnerabilidade a ações factíveis”²⁷.

Wilkinson³¹ escreveu sobre a influência das desigualdades sociais e econômicas, afirmando que a expectativa de vida, em diferentes países, é dramaticamente menor naqueles em que a diferença de renda é maior na sociedade.

Segundo Kawachi ¹⁷, deve-se considerar e discutir aspectos relativos à perspectiva de vida dos indivíduos, como um fator importante, que pode sofrer influência de fatores do início da vida que afetarão a vida adulta, independente de qualquer intervenção, como meio ambiente, fatores durante a trajetória de vida e fatores cumulativos que dependerão da intensidade e duração do estímulo.

Dentro deste contexto, desigualdades em saúde bucal têm sido interpretadas como o termo geral que se refere a distribuições assimétricas de condições de saúde bucal em uma população. Principalmente, desigualdades de saúde bucal são descritas na literatura como características demográficas e sociais básicas como idade, sexo, estado matrimonial, ocupação ou então variáveis “bucais” incluindo acesso a bens e serviços de tratamento, prevenção e higienização. Empiricamente, em poucos estudos, critérios como renda, educação, relação com os meios de produção, o número de empregados ou subordinados, ou prestígios de ocupação têm sido usados ²³.

Assim, a condição bucal não permite apenas um registro quantitativo, mas possui também uma história vivida. Pessoas pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade objetiva, e outra subjetiva, velada, pouco estudada nos aspectos fundantes ²¹.

Somando-se todas as evidências que progressivamente se acumulam em epidemiologia bucal, parece pertinente concluir afirmando que os diferenciais em saúde bucal são expressões biológicas de fatores sociais que estão colocados em uma hierarquia explicativa muito superior – embora distantes em termos de mecanismos causais seqüenciados do nível macro (sociedade) para o nível meso (indivíduo) e o nível micro (célula). Cárie dental também é uma expressão da “biologia da desigualdade” ²².

Nas pesquisas sobre iniquidades e desigualdades, as disparidades étnico-raciais vêm adquirindo relevância crescente em saúde coletiva, e particularmente em Odontologia. Evidências apontando a sistemática condição de desvantagem e exclusão dos negros (pretos e pardos) em relação aos brancos já são bastante consideráveis e atingem variados momentos do ciclo vital ^{15,6}.

Assim sendo, o objetivo desta pesquisa foi identificar iniquidades sociais e em saúde bucal na população de adultos (35 a 44 anos) que participaram do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003 ⁷, com base nos diferentes grupos

étnicos (pretos, pardos e brancos) de acordo com a autodeclaração de raça/cor dos participantes por ocasião do referido Levantamento Epidemiológico.

2. MÉTODOS

Este foi um estudo transversal de base territorial com abordagem quantitativa. A coleta dos dados ocorreu por meio da análise dos dados secundários obtidos do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003⁷.

A amostra estudada constituiu-se de 12.811 adultos de ambos os sexos, na faixa etária de 35 a 44 anos e que participaram do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003. Destes, 5.893 indivíduos pertenciam ao grupo étnico brancos, 1.231 pretos, e 5.687 eram pardos. Esta faixa etária é considerada padrão pela OMS³² para avaliação das condições de saúde bucal em adultos.

Os indivíduos pertencentes aos grupos étnicos amarelos e indígenas foram excluídos da pesquisa por constituírem apenas 4% da amostra.

Foi conduzida uma análise com os dados individuais, do perfil epidemiológico de desfechos em saúde bucal e sócio demográficos estratificados por grupo étnico (brancos, pardos e pretos).

As variáveis dependentes estudadas foram: experiência de dor, CPO-D, perda dental (componente P do CPO-D), edentulismo anterior, e necessidade de prótese (incluindo prótese parcial e prótese total).

As variáveis independentes incluíram: renda familiar média, escolaridade em anos de estudos, tipo de moradia, tipo de acesso à dentista.

Associações foram realizadas entre as variáveis dependentes e independentes estratificadas pela variável grupo étnico através do teste de teste qui-quadrado ($p < 0,00$), possibilitando explorar os desfechos em saúde bucal por grupo étnico.

Para as variáveis dependentes contínuas CPO-D, perda dental (Componente P do CPO-D), renda familiar e escolaridade, o teste utilizado foi o ANOVA para a comparação das médias.

O software utilizado foi o SPSS (versão 15.0) para a construção e análise do banco de dados para este estudo.

3. RESULTADOS

Na tabela 1 são apresentadas as características sócio-demográficas e as comparações entre brancos, pretos, e pardos em relação à moradia, acesso à dentista (apresentados em percentuais), e escolaridade e renda familiar, (apresentadas em médias).

TABELA 1- PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO ADULTA; BRASIL, 2003

Tabela - 1

Perfil Sócio-demográfico da população adulta; Brasil, 2003

Grupo Étnico	Pretos		Pardos		Branços	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Moradia						
própria/aquisição	1.231	78,5	5.687	80,6	5.893	77,8
alugada/cedida	1.231	21,5	5.687	19,4	5.893	22,2
Acesso dentista						
serviço público	1.231	56,8	5.687	53,2	5.893	41,6
outros serviços	1.231	39,6	5.687	43,1	5.893	56,8
Escolaridade						
	média	95% I.C.	média	95% I.C.	média	95% I.C.
	5,1	(5,3 - 4,9)	5,6	(5,4 - 5,7)	6,8	(6,7 - 6,9)
Renda Familiar (R\$)						
	média	95% I.C.	média	95% I.C.	média	95% I.C.
	442,82	(417,60 - 468,05)	502,15	(485,29 - 517,02)	820,65	(845,39 - 759,91)

Intervalo de Confiança = 95%

p < 0,00

Fonte: SB Brasil 2003.

Em relação à moradia, os resultados apresentam limitações, por não explorar neste estudo o tipo de moradia (alvenaria, barraco, madeira), e sim se eram próprias ou não. A maioria da população estudada (78.5 % pretos, 80.6% pardos, 77.8 % brancos) relatou residir em casa própria ou em aquisição (financiadas). A escolaridade média encontrada para a amostra foi de 5,1 anos de estudo para os pretos, 5,6 anos para os pardos, 6,8 anos para os brancos, apresentando estes 1,7 anos de estudo a mais que os pretos..

A renda familiar foi a variável que apresentou maior disparidade, sendo verificado que os brancos têm uma renda familiar que corresponde a quase o dobro

da dos pretos (R\$ 820,65 e R\$ 442,82), respectivamente, e 68% maior que os pardos (R\$ 502,15).

Sobre o acesso ao dentista, os brancos usaram menos o serviço público (41,6%), que os pretos (56,8%), assim como utilizaram mais outros serviços (56,8%), que os pretos (39,6%) e pardos (43,1%).

Na tabela 2 são apresentadas as prevalências entre pretos, pardos e brancos em relação aos desfechos em saúde bucal, sendo que experiência de dor, edentulismo anterior, necessidade de prótese parcial e necessidade de prótese total, são apresentados em suas prevalências ($p < 0,00$) e o CPO-D e perda dental (Componente P do CPO-D) são apresentados em médias com intervalos de confiança. (I.C. 95%).

TABELA 2 – PERFIL DE INIQUIDADES EM SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO ADULTA; BRASIL, 2003

Tabela 2

Prevalência de iniquidades em saúde bucal da população adulta; Brasil, 2003.

Grupo Étnico	Pretos		Pardos		Brancos	
	n	%	n	%	n	%
Dor	1.231	(41,7)	5.687	(36,7)	5.893	(31,9)
Edentulismo Anterior	1.231	(44,1)	5.687	(48,3)	5.893	(42,3)
Necessidade de Prótese Parcial	1.231	(76,5)	5.687	(72,1)	5.893	(65,5)
Necessidade de Prótese Total	1.231	(4,7)	5.687	(6,8)	5.893	(3,6)
CPO-D	média	95% I.C.	média	95% I.C.	média	95% I.C.
	19,2	(21,6 - 20,6)	20,0	(20,2 - 19,8)	20,4	(20,2 - 20,6)
Perda Dental	média	95% I.C.	média	95% I.C.	média	95% I.C.
	13,4	(12,9 - 13,9)	14,2	(14,4 - 14,0)	12,8	(12,6 - 13,1)

Intervalo de confiança = 95%

$p < 0,00$

Fonte: SB Brasil 2003.

Em relação à experiência de dor, 41,7% da população de pretos tiveram experiência de dor. Dos pardos, 36,7% sendo que para os brancos este percentual baixou para 31,9%.

O CPO-D médio não apresentou diferenças estatisticamente significantes entre os grupos étnicos, ficando esta diferença mais evidente na desagregação do índice por componente quando analisado o componente P (perdido) onde os pretos e pardos tiveram respectivamente média de dentes perdidos equivalente a 13,4% e 14,2%, estando os pardos em maior desvantagem em relação aos brancos (1,4 dentes perdidos a mais).

Do total da população analisada pelo grupo étnico, o edentulismo anterior, para os brancos, foi de 42,3%, para os pardos, 48,3% e para os pretos, 44,1%. Estes índices apresentados também são um forte preditor para edentulismo e necessidade de prótese total.

A necessidade de prótese parcial foi a condição em saúde bucal que apresentou a maior iniquidade em relação à etnia, tendo em vista que os pretos têm necessidade 17% mais que os brancos (76,5% e 65,5% respectivamente) de algum tipo de prótese parcial. Para os pardos esta diferença é de 11%.

Esta iniquidade é acentuada em relação à prótese total, onde os pardos necessitam 90% mais prótese total quando comparados aos brancos (6,8% e 3,6% respectivamente).

4. DISCUSSÃO

A análise do perfil sócio demográfico estratificado por grupo étnico evidenciou iniquidades significativas, demonstrando a disparidade de renda familiar, acesso à dentista e escolaridade entre brancos, pretos e pardos.

Sobre a renda familiar, os brancos possuíam renda quase duas vezes maior que os pretos (R\$ 820,65 e R\$ 442,82), corroborando os estudos de Barbato *et al.*¹⁶, para a mesma faixa etária onde os mais pobres, e aqueles que se consultaram em serviço público, tiveram uma maior prevalência de perdas dentárias. Assim como Antunes *et al.*^{1,2} observaram acesso desigual a tratamento odontológico entre crianças negras e pardas e uma indicação adicional de disparidade sócio demográfica afetando a experiência de cárie.

Estudos anteriores dos mesmos autores sobre o tema refutaram o fundamento biológico para os diferenciais étnicos na experiência de cárie,

atribuindo-os exclusivamente à discrepante inserção socioeconômica desses segmentos de população e ao acesso desigual a bens e serviços no Brasil ³.

Frias¹³ em estudo com adolescentes brasileiros concluem que a desigualdade entre grupos étnicos quanto ao risco de cárie tem sido atribuída à pior condição sócio econômica de negros e pardos em relação aos brancos na população brasileira, não sendo confirmada a associação de outros fatores de ordem biológica. Esse registro reflete as iniquidades sócio econômicas a que alguns grupos étnicos estão submetidos no Brasil ¹⁴.

Ao analisar os fatores sócio-econômicos relacionados com a cárie dentária, deve-se considerar a etiologia das desigualdades sociais, como a má distribuição da renda, a falta de participação na riqueza nacional, o desemprego, o atraso tecnológico em alguns setores e os elevados índices de analfabetismo ⁴.

Além das dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, pessoas com diferenças pronunciadas de renda também estão em desvantagem quanto à ocorrência de problemas de saúde bucal. Tal constatação foi registrada no levantamento do Ministério da Saúde de 1986, quando se indicou que as pessoas situadas nos estratos de renda mais elevada possuíam menos cáries do que as situadas na base da pirâmide sócio-econômica ²⁴.

Avaliando o acesso a dentista, os brancos possuíam maior acesso (56,8%) a outros serviços (particulares, convênios) que os pretos e pardos (39,6% e 41,3% respectivamente). Dos pretos, 56,8% usavam o serviço público. Sobre isso, Ferreira ¹¹ em um estudo sobre as representações sociais do cuidado à saúde bucal com população de baixa renda no Nordeste brasileiro, verificou que um fator que justifica a experiência de dor é a falta de acesso aos serviços odontológicos.

A população negra tende a relatar problemas de saúde no período recente com mais freqüência 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 branca ⁸.

No caso da assistência odontológica as diferenças são enormes: o percentual de negros que nunca foi 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 direito a plano de saúde é 2,22 vezes o de negros ⁸.

No presente estudo uma proporção significativa da população do grupo étnico pretos teve maior experiência de dor (41,7%), comparados aos brancos (31,9%).

Autores como Ekanayake e Mendis ¹¹ afirmam que a dor de origem dental é um significativo preditor de utilização de serviços. Assim, como conseqüências da exclusão sistemática dos serviços, à população adulta têm sido destinadas quase sempre os serviços de urgências odontológicas, em sua maioria ocasionadas por dor.

Lacerda ¹⁸, em pesquisa sobre dor como motivo de consulta em população adulta, concluem que o grau de escolaridade dos indivíduos, a gravidade da cárie dental, expressas por perdas dentais, e o acesso a serviços odontológicos são fatores relacionados com dor de origem dental. Indicam que, além de interferir na qualidade de vida das pessoas, é influenciada pelas condições sociais e de acesso a serviços odontológicos.

O CPO-D médio foi de 19,2 para os pretos, 20,0 para os pardos, 19,9 para os negros e 20,4 para os brancos. Em pesquisa semelhante Barbato ⁵ encontrou CPO-D médio de 20,44 para a população brasileira de 35 a 44 anos.

Esta diferença fica mais evidente na desagregação do índice por componente quando analisado o componente P (perdido) onde os pretos e pardos tiveram respectivamente média de dentes perdidos equivalente a 13,4 e 14,2, resultado semelhante ao encontrado por Barbato ⁵ onde verificou que os pretos e pardos apresentaram uma prevalência de perdas dentárias 14% maior que os brancos. Em pesquisa realizada na região metropolitana de Porto Alegre (RS), Susin *et al.* ²⁹, verificaram em adultos de 30 a 39 anos perda dental média de 5,5 dentes e para a faixa de 40 a 49 anos média de 10,6 dentes perdidos.

Em pesquisa com adultos no Estado de São Paulo, Frazão *et al.* ¹² encontraram perda dental média de 11,57 dentes em adultos de 35 a 44 anos de idade. No mesmo estudo, apresentar cor da pele negra como condição desfavorável de acesso e oportunidades a bens e serviços aumentou o risco de perda dental em 22%.

Corroborando estes estudos, o edentulismo anterior para os pardos no presente estudo foi de 48,3%, para os negros foi de 47,6%, para os pretos 44,1%, e para os brancos foi de 42,3%. Estes índices apresentados são um forte preditor para edentulismo e necessidade de prótese total.

Santos ²⁶ em sua pesquisa com adultos em Minas Gerais, mostrou que, no arco superior, 32,5% dos pacientes na faixa etária de 35 a 45 anos apresentavam necessidade de prótese parcial removível (PPR) e 21,1% de prótese total (PTR); no arco inferior, 29,0% tinham necessidade de PPR e 18,5% de PTR.

5. CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo demonstram que o perfil de saúde bucal da população de adultos brasileiros apresenta prevalências alarmantes de perdas dentais, no que se refere à história passada, e também à história presente, com a experiência de dor e necessidade de reabilitação protética, onde os negros (pretos e pardos) apresentam os piores indicadores.

Em relação ao acesso a dentista, para os negros, acesso ao serviço odontológico é majoritariamente pelo serviço público, cujas políticas devem melhorar a qualidade dos tratamentos conservadores para impedir a perda do elemento dentário, por meio da ampliação do acesso, ações de promoção de saúde bucal e direcionamento de recursos às regiões que apresentem os menores indicadores sociais globais e locais.

As iniquidades para os grupos étnicos estudados, a perda dental e a necessidade de prótese parcial, sugerem que critérios de equidade devem ser adotados na priorização de próteses parciais como a ampliação do acesso, a garantia de não segregação racial e intervenção sobre os determinantes sociais, como uma nova estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal nos CEOS (Centros de Especialidades Odontológicas).

As políticas públicas devem minimizar os impactos na saúde bucal das disparidades sócio-econômicas raciais locais e globais, com pesquisas que possam explicar o mecanismo de ação dos efeitos contextuais da desigualdade de renda na saúde bucal. Assim como estabelecer estratégias e metas para intervenção na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com enfoque na abordagem étnico-racial.

Assim, as evidências de iniquidades em saúde bucal para o grupo étnico pesquisado, demandam estratégias urgentes de combate às iniquidades raciais em saúde, às desigualdades contextuais e sociais e à promoção de saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Antunes, JLF; Frazão, P.; Narvai, PC.; Bispo, CM; Pegoretti, T. Spatial analysis to identify differentials in dental needs by área-based measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2002. 30:133-42.
2. Antunes, JLF.; Pegoretti, T.; Andrade, FP.; Junqueira, SR.; Frazão, P.; Narvai, PC. Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children. *Int. Dent. J* 2003.: 53:7-12.
3. Antunes, JLF.; Peres, MA.; Mello, TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2006; 11 (1): 79-87.
4. Baldani, MH.; Vasconcelos, AG.; Antunes, JLF. Associação do Índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20;143-52.
5. Barbato, PR.; Nagano, ECM; Zanchet, FN.; Boing, AF.; Peres, MA. 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). *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ago, 2007. 23 (8):1803-1804.
6. Batista, LE. Kalckmann, S. (Org). Em busca de Equidade no Sistema Único de Saúde. Seminário Saúde da População Negra do Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. 232 p. (Temas em Saúde Coletiva 3).
7. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Banco de Dados da pesquisa: “Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – Levantamento Epidemiológico SBBrasil 2003”. Disponível na Internet em www.saude.gov.br. (Capturado em 03/06/2007).
8. Brasil, Pnud. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas Racial Brasileiro. Brasília: PNUD, 2004.
9. Chor, D.; Lima, CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, set-out, 2005. 21(5): 1586 – 1594.
10. Ekanayake, L.; Mendis, R. Self reported use of dental services among employed adults in Sri Lanka. *Int. Dent. J*. 2002; 52:151-5.

11. Ferreira, AAA.; Piuvezam, G.; Werner, CWA.; Alves, MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006. 11(1): 211-218.
12. Frazão P.; Antunes, JLF.; Narvai, P.C. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2003. vol.6; nº 1, p. 49-57.
13. Frias, AC; Antunes, JLF.;Junqueira, SR.; Narvai, PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie não tratada no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.* 2007. 22 (4).
14. 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. *Cad. Saúde Pública.* 2005 ;21(5): 1383-91.
15. Heringer, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 57-65, 2002.
16. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Portaria nº 3.947/GM. Diário Oficial da União 2005; 14 Jan.
17. Kawachi, I.; Subramanian, S.V. Ameida Filho, N. A. A glossary for health inequalities. *J. Epidemiol. Community Health* 2002. 56 (9): 647-652.
18. Lacerda, JT.; Simionato, EM.; Peres, KG.; Peres, MA.;Traebert, J.; Marcenes, W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev de Saúde Pública* 2004; 38(3):453-8.
19. Maio, MC.; Monteiro, S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *História, Ciências e Saúde.* maio/ago 2005. Manguinhos, Rio de Janeiro. V. 12, n. 2, p. 419 – 46.
21. Moreira, TP.; Nations, MK.; Alves, MCFC. Dentes da Desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade de Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Jun, 2007. 23 (6): 1383-1392.
22. Moysés, SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Rev Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva.* V. 1, n. 1, p. 7 – 17. 2000.
23. Petersen, PE. Social Inequalities in dental health: towards a theoretical explanation. *Community Dental and Oral Epidemiology.* 1990.18: 153-158.
24. Pinto, VG. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: *Promoção da Saúde Bucal.* Kriger, L. (Org.). 1997. São Paulo:Artes Médicas. p. 24-41.

25. Roncalli, AG.; Lima, KC.; Costa, PAP.; A Cárie dentária. In: Ferreira, MAF; Roncalli, AG.; Lima, K.C. (Orgs). Saúde Bucal Coletiva: Conhecer para atuar. Natal: EduFRN. 2004. Cap.5.
26. Santos, RM. Distribuição das doenças da cavidade bucal nos usuários do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: um estudo de prevalência. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 1996.
27. Silva, JDB.; Barros, MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. Rev. Panam Salud Pública Pan Am J Public Health; 2002. 12 (6): 375-383.
29. Susin, C.; Oppermann, RV.; Haugejorden, O.; Albandar, JM. Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil. Acta Odontol Scand ; 63:85-93, 2005.
30. Telles, E. Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.
31. Wilkinson, RG. Unhealthy Societies . The afflictions of inequality. London and New York: Routledge, 255 p.1996.
32. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods, 4TM. Ed. Geneva: World Health Organization; 1997.

APÊNDICES

1 . DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS DAS VARIÁVEIS

Descrição das categorias das variáveis

Variável	Coletada	Recodificada
CPO-D	mantida conforme coletada	numérica contínua
DOR	0 = nenhuma dor 1 = pouca dor 2 = média dor 3 = muita dor X sem informação	0 = nenhuma dor 1 = dor
P (componente P)	mantida conforme coletada	numérica contínua
Edentulismo Anterior	mantida conforme coletada	0 = não 1 = sim
Necessidade de Prótese	0 = não necessita 1 = prótese de 1 elemento 2 = mais de 1 elemento 3 = combinação de próteses 4 = prótese total 9 = sem informação	0 = não necessita 1 = prótese parcial 2 = prótese total
Renda Familiar	mantida conforme coletada	numérica contínua
Escolaridade	mantida conforme coletada	numérica contínua
Moradia	1 = própria 2 = própria em aquisição 3 = alugada 4 = cedida 5 = outros	1 = própria/ aquisição 2 = alugada/cedida
Acesso a Serviço Odontológico	0 = nunca foi 1 = serviço público 2 = serviço privado 3 = Planos 4 = serviço filantrópico 5 = outros	0 = nunca foi 1 = serviço público 2 = serviço privado

ANEXOS

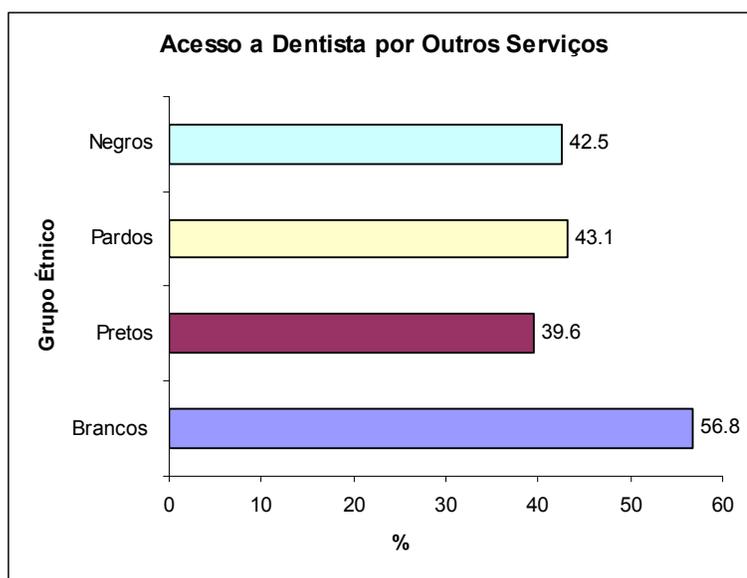
FIGURA 1 – ACESSO A DENTISTA POR OUTROS SERVIÇOS

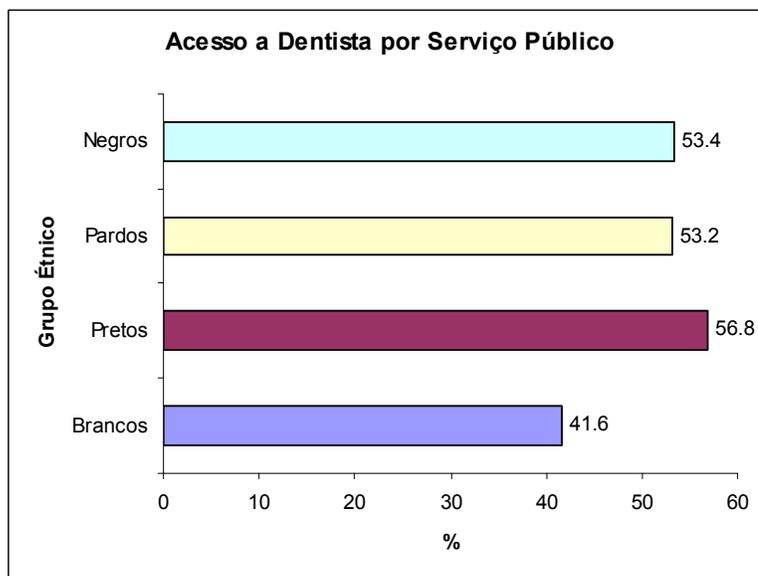
FIGURA 2 – ACESSO A DENTISTA POR SERVIÇO PÚBLICO

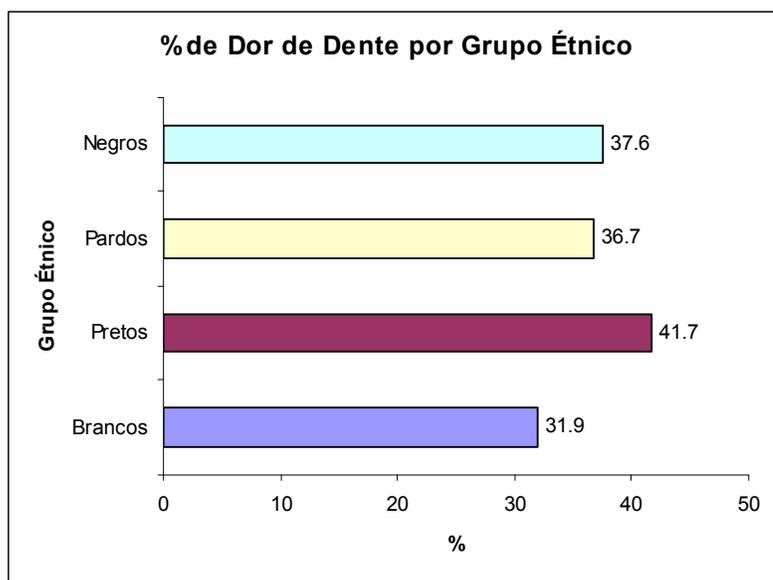
FIGURA 3 - PREVALÊNCIA DE DOR DE DENTE POR GRUPO ÉTNICO

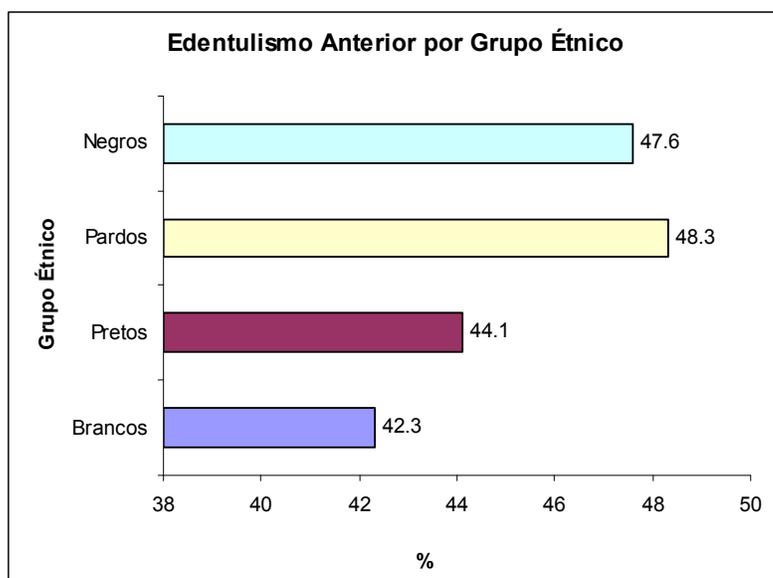
FIGURA 4 – PREVALÊNCIA DE EDENTULISMO POR GRUPO ÉTNICO

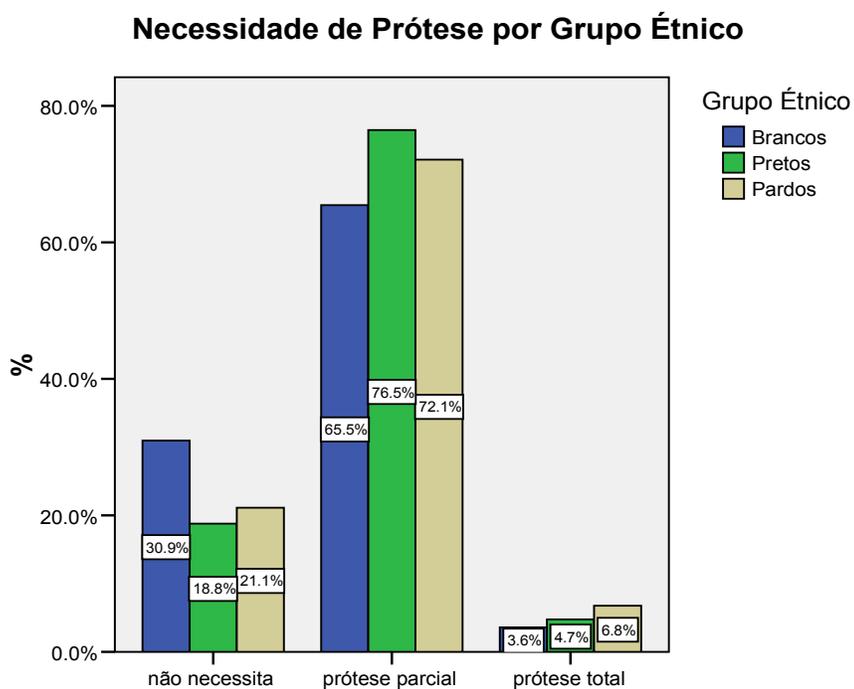
FIGURA 5 – NECESSIDADE DE PRÓTESE POR GRUPO ÉTNICO

FIGURA 6 – CPO-D POR GRUPO ÉTNICO

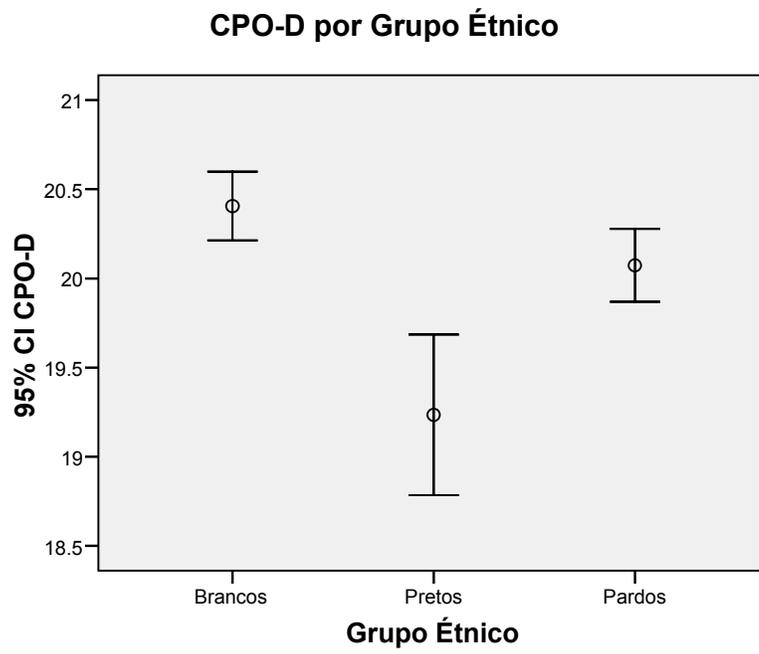
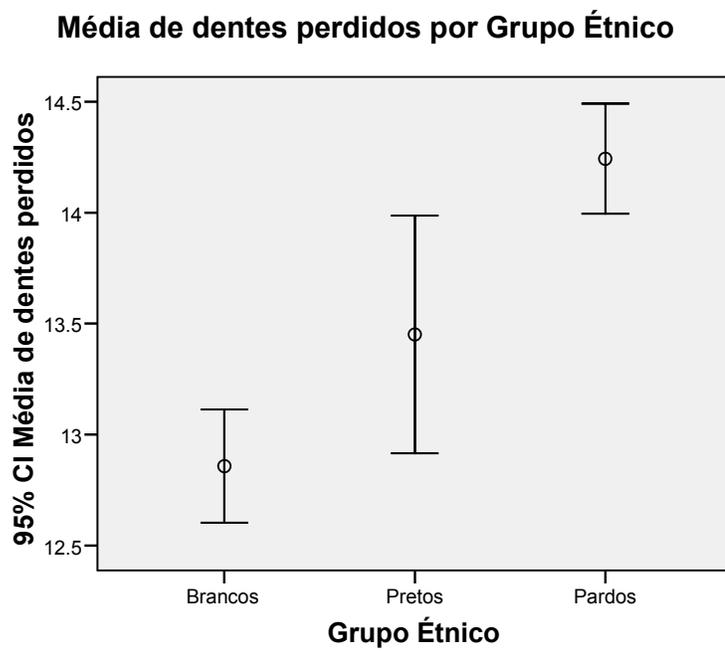


FIGURA 7 - PERDA DENTAL POR GRUPO ÉTNICO

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA**

SANDRA KATSUE GUIOTOKU

ARTIGO 2

**INIQUIDADES EM SAÚDE BUCAL ENTRE NEGROS NO BRASIL: UMA ANÁLISE
CONTEXTUAL DE SEUS DETERMINANTES**

**CURITIBA
2009**

RESUMO

Este foi um estudo Ecológico de base territorial com abordagem quantitativa cujos objetivos foram identificar iniquidades em saúde bucal na população adulta brasileira de 35 a 44 anos que se autodeclararam pertencentes ao grupo étnico negros (pretos e pardos) na ocasião do Levantamento Epidemiológico Nacional SB Brasil 2003 e verificar correlações destas iniquidades com condições sócio demográficas locais e globais. A população estudada constituiu-se de adultos de ambos os sexos, na faixa etária de 35 a 44 anos que participaram do referido Levantamento Epidemiológico. A amostra estudada foi de 6.918 negros sendo 1.231 pretos e 5.687 pardos. A coleta dos dados ocorreu por meio da análise de dados secundários obtidos da base de dados do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003 e os dados globais (IDH e Índice de Gini) do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Os desfechos com maior iniquidade na análise individual para o grupo étnico estudado, experiência de dor, edentulismo anterior, perda dental de 1 a 12 dentes, perda dental de 13 a 31 dentes e necessidade de prótese parcial foram agregados por Estado, assim como as variáveis independentes: renda familiar e o acesso à atenção odontológica em serviço público, Índice de Gini e IDH. Pelo Teste de Spearman foram realizadas correlações entre os desfechos e as variáveis independentes. A análise dos dados revelou correlação negativa entre experiência de dor e acesso ao serviço público. As perdas dentais de 13 a 31 dentes e o edentulismo anterior apresentaram correlação negativa com a renda familiar. O IDH esteve negativamente correlacionado com a necessidade de prótese parcial. O Índice de Gini esteve correlacionado com a perda dental de 13 a 31 dentes e com a necessidade de prótese parcial, evidenciando assim que quanto maior a desigualdade de renda, maior a iniquidade. A variação do serviço público explicou 15% da experiência de dor; a variação da renda familiar média explicou 27% do edentulismo anterior e 25% da perda dental de 13 a 31 dentes; as variações do IDH explicaram 15% e as variações do I. de Gini 24% da necessidade de prótese parcial. Os Estados da região Norte e Nordeste apresentaram os piores indicadores sócio demográficos e de saúde bucal. Assim, as evidências de iniquidades em saúde bucal para o grupo étnico pesquisado, demandam estratégias urgentes de combate às iniquidades raciais em saúde, às desigualdades contextuais e sociais e à promoção de saúde bucal, com ênfase em se buscar as determinações sociais das iniquidades e estratégias para sua redução.

Palavras-chave: saúde bucal; negros; condições sociais; adultos.

ABSTRACT

This was an ecological study of territorial base with quantitative approach aimed at identifying inequalities in oral health among Brazilian adult population 35 to 44 years that self within the black ethnic group (Black and Mulatto) during the Brazilian National Epidemiological Survey 2003 correlations of these inequalities and check conditions with local and global socio demographic. The study population consisted of adults of both sexes, aged 35 to 44 years who participated in a Brazilian National Epidemiological Surveys 2003. The study sample was 6.918 and 1.231 Black and 5.687 Mulatto. Data collection achieved through analysis of secondary data from the database of the Epidemiological Survey SB Brasil 2003 and the aggregated data (HDI and Gini Index) Atlas of Human Development in Brazil. Data with greater inequalities in the individual analysis for the Black ethnic group (Blacks and Mulattos) were aggregated for each Brazilian State and made correlations with the social demographic data from local and global HDI and Gini Index. The outcomes with greater inequity in the individual analysis for the black ethnic group (Blacks and Mulattos) experiencing of dental pain, previous edentulism, teeth loss from 1 to 12 teeth, teeth loss from 13 to 31 teeth and the need for partial prosthesis were aggregated by State, as the independent variables: family income, years of schooling, and access to dental care in public service. Data analysis revealed a negative correlation between experience of pain and access to public service. The loss of 13 teeth to 31 teeth and edentulism earlier showed negative correlation with family income. The HDI was negatively correlated with the need for partial denture. The Gini Index was correlated with tooth loss from 13 to 31 teeth and the need for partial prosthesis, showing that the greater the inequality of income, the greater inequality. The change in public service 25% said the experience of pain; the variation in average family income explained 27% of previous edentulism and tooth loss 24% of to 31 teeth; variations Gini Index 24% of the need for partial denture. The States of the country's North and Northeast regions presented the worst social indicators of demographic and oral health. The evidence of inequities in oral health for the ethnic group studied, require urgent strategies to combat racial inequities and social contextual and oral health promotion, with emphasis on search is the determination of social inequities and strategies for its reduction.

Keywords: oral health; Black; social conditions, adults.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil foi considerado, ao longo de várias décadas, o "país da democracia racial". Entretanto, embora nunca tenha se consolidado no país um regime de discriminação racial legal e formal, as proporções sócio econômicas das distinções criadas pelo racismo contemporizador da sociedade na realidade brasileira são outras ¹. As distinções e desigualdades raciais são contundentes, facilmente visíveis e de graves conseqüências para a população afro-brasileira e para o país como um todo ².

A escravidão e a colonização representaram o contexto em que se originaram estas desigualdades. No país que apresenta o maior contingente de afro-descendentes fora do continente africano, a escravidão deixou suas marcas na posição social de sucessivas gerações da população negra ³.

Cresce o interesse sobre a análise do padrão de comportamento dos lugares ou contextos na produção das desigualdades em saúde, quando se observa que pode haver uma influência coletiva, quando existe uma característica dominante na população que predomina em determinado lugar. Assim, raça, por exemplo, pode ter um efeito contextual que se refere a características inerentes ao ambiente como as culturais, lingüísticas ou de caráter político no acesso de algum serviço de saúde ⁴.

Reforçando esta abordagem, Whitehead ⁵ define "iniquidades sociais em saúde" como uma diferença sistemática na saúde entre diferentes grupos socioeconômicos dentro de uma sociedade. Para a autora, "pelo fato de as iniquidades serem socialmente produzidas, são potencialmente evitáveis e são, portanto, amplamente inaceitáveis em uma sociedade civilizada .

Para Kawachi ⁴, a iniquidade (ou desigualdade inaceitável) ao acrescentar um juízo de valor, se reveste de uma característica ideológica e diversas correntes acabam por abordá-la de modo diferente.

Desigualdades em saúde bucal têm sido interpretadas como o termo geral que se refere a distribuições assimétricas de condições de saúde bucal em uma população. Sobretudo, desigualdades em saúde bucal são descritas na literatura como características demográficas e sociais básicas como idade, sexo, estado matrimonial, ocupação ou então variáveis "buciais" incluindo acesso a bens e serviços de tratamento, prevenção e higienização. Empiricamente, em poucos estudos, critérios como renda, educação, relação com os meios de produção, o número de empregados ou subordinados, ou prestígios de ocupação têm sido usados ⁶.

A condição bucal não permite apenas um registro quantitativo, mas possui também uma história vivida. Pessoas pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho, carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade objetiva, e outra subjetiva, velada, pouco estudada nos aspectos fundantes ⁷.

Diferenciais em saúde bucal são expressões biológicas de fatores sociais que estão colocados em uma hierarquia explicativa muito superior embora distantes em termos de mecanismos causais seqüenciados do nível macro (sociedade) para o nível meso (indivíduo) e o nível micro (célula). Cárie dental também é uma expressão da “biologia da desigualdade” ⁸.

A relação entre privação e saúde bucal sugere que fatores sociais como ‘privação’ (baixa condição sócio econômica ou até mesmo a falta do necessário à vida), têm sido investigados como causas das desigualdades em saúde bucal existente entre indivíduos e entre populações. Do mesmo modo, vários indicadores ou índices têm sido usados para medir privação em nível individual e/ou ao nível ecológico; em nível individual, quanto mais desvantajado for o indivíduo ou família, pior é ou será sua saúde bucal, enquanto que quanto mais privada de recursos sociais e materiais a área geográfica, pior é ou será a saúde bucal da população que reside na mesma ⁹.

No Brasil, iniquidades em saúde bucal são de grande magnitude, sendo fundamental o estudo dos mecanismos de sua produção, visando atingir três objetivos principais: o de denúncia política; da produção de conhecimento científico sobre o tema; e da conseqüente proposição de intervenções em saúde ¹⁰. Estas iniquidades entre grupos sociais são evidenciadas em todos os países, apesar de existirem variações importantes na magnitude de tais diferenças ¹¹. Por estas razões, os estudos das iniquidades em saúde bucal são considerados como um dos temas de pesquisa prioritários pela Organização Mundial da Saúde ¹².

Pela alta superposição de determinantes, quais sejam, raça/etnia, posição social (gênero, educação, renda), faixa etária e o renovado impacto das barreiras sociais, econômicas e culturais nas condições de vida e saúde dos negros, as investigações no campo da saúde bucal devem ser estimuladas a exemplo de outros campos como o da educação, mercado de trabalho e justiça.

Deste modo, os objetivos desta pesquisa foram identificar as iniquidades em saúde bucal na população de adultos brasileiros de 35 a 44 anos que se autodeclararam pertencentes ao grupo étnico negros na ocasião do Levantamento Epidemiológico Nacional SB Brasil 2003 ¹³, e verificar correlações destas iniquidades com condições sócio-demográficas globais no nível agregado.

2. MÉTODOS

Este foi um estudo ecológico de base territorial, com abordagem quantitativa.

Os dados com maior iniquidade na análise individual para o grupo étnico negros (pretos e pardos) foram agregados por Estado brasileiro e realizadas correlações destes com dados sócio-demográficos locais e globais de IDH¹⁴ (Índice de Desenvolvimento Humano) e de desigualdade na distribuição de renda (expressa pelo índice de Gini)¹⁵ por Estado.

Os estudos ecológicos abordam áreas geográficas ou blocos de população bem delimitados, analisando comparativamente variáveis globais, quase sempre por meio da correlação entre indicadores de condições de vida e indicadores de situação de saúde. Assim, a descrição e a análise são referidas à média de exposição e à prevalência ou à taxa de doença nas unidades geopolíticas consideradas¹⁸.

De acordo com a visão ecossocial, iniquidades sociais em saúde constituem o problema definidor da disciplina de epidemiologia. Uma abordagem ecossocial requer situar o contexto gerador de comportamentos de saúde, assim as pessoas serão compreendidas em suas determinações mais abrangentes¹⁹.

A população estudada constituiu-se de adultos de ambos os sexos, na faixa etária de 35 a 44 anos que participaram do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003. A amostra estudada foi de 6.918 negros sendo constituída de 1.231 pretos e 5.687 pardos. Esta faixa etária é considerada padrão pela OMS para avaliação das condições de saúde bucal em adultos.

A coleta dos dados ocorreu por meio da análise de dados secundários obtidos da base de dados do SB Brasil 2003 e os dados globais (IDH e Índice de GINI) do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Denomina-se negro o agrupamento das categorias preto e pardo, segundo o critério de cor/raça estabelecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁶. No presente estudo a categoria negros foi desagregada em pretos e pardos, e seus dados analisados individualmente.

Os desfechos com maior iniquidade na análise individual para o grupo étnico negros (pretos e pardos) experiência de dor de origem dental, edentulismo anterior, perda dental de 1 a 12 dentes, perda dental de 13 a 31 dentes e necessidade de prótese parcial foram agregados por Estado, assim como as variáveis independentes: renda familiar média, e o acesso à

atenção odontológica em serviço público. Os registros de IDH e Índice de Gini para o grupo étnico negros foram também agregados por Estado.

Na fase de exploração contextual, o teste de Spearman foi utilizado para verificar as correlações entre as variáveis de desfecho e as variáveis independentes.

O software utilizado para as análises estatísticas foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 15.0.

3. RESULTADOS

Na tabela 3 está apresentada a matriz de correlação entre as variáveis de estudadas para o grupo étnico negros. Correlação negativa foi encontrada entre a experiência de dor e serviço público ($p < 0,05$); quanto maior a experiência de dor, menor o acesso ao serviço público.

TABELA – 3 CORRELAÇÃO ENTRE INDICADORES SÓCIO ECONÔMICOS E DE DESFECHOS EM SAÚDE BUCAL PARA NEGROS (PRETOS E PARDOS); BRASIL, 2003.

Tabela - 3

Correlação entre indicadores sócio- econômicos e de desfechos em saúde bucal para Negros (pretos e pardos); Brasil, 2003.

Coefficiente Indicador	Dor	Ed.Ant.	Perda 1 a 12	Perda 13 a 31	N.P.P	N.P.T	Serv.Púb.	IDH	I.GINI	Rend. Far
Dor	1,00	0,087	0,246	0,348	0,847	0,162	0,046*	0,086	0,387	0,447
Edentulismo Anterior	0,089	1,00	0,00**	0,00*	0,684	0,064	0,081	0,181	0,185	0,006*
Perda dental de 1 a 12	0,348	0,00**	1,00	0,00**	0,780	0,019*	0,627	0,681	0,365	0,006*
Perda dental de 13 a 31	0,348	0,000**	0,000**	1,00	0,041*	0,086	0,487	0,443	0,047*	0,007**
Nec. Prótese Parcial	0,847	0,684	0,780	0,041*	1,00	0,031*	0,396	0,041	0,010	0,078
Nec. Prótese Total	0,162	0,064	0,019*	0,086	0,031*	1,00	0,666	0,403	0,175	0,998
Serviço Público	-0,046	0,081	0,627	0,487	0,369	0,666	1,00	0,193	0,284	0,095
IDH	0,086	0,181	0,681	0,443	-0,041*	0,403	0,193	1,00	0,001**	0,002**
Índice de Gini	0,387	0,185	0,365	-0,047*	-0,010*	0,175	0,284	0,001**	1,00	0,003**
Renda Familiar	0,447	-0,006**	0,006**	-0,007**	0,078	0,998	0,095	0,002**	0,003**	1,00

Teste de Spearman * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Ed. Ant.: Edentulismo anterior

Perda 1 a 12: Perda dental de 1 a 12 dentes

Perda 13 a 31: Perda dental de 13 a 31 dentes

N.P.P: Necessidade de prótese parcial

Serv. Púb.: Serviço público

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

I.GINI: Índice de Gini

Rend. Fam.: Renda familiar média

Fonte: SB Brasil 2003 e Atlas de Desenvolvimento Humano 2000.

A perda dental de 13 a 31 dentes e o edentulismo anterior apresentaram correlação negativa com renda familiar média ($p < 0,01$); quanto maior a renda média familiar, menor a perda dental e o edentulismo anterior.

O mesmo não acontecendo em relação à perda dental de 1 a 12 dentes, onde foi encontrada correlação positiva ($p < 0,01$); quanto maior a proporção de perda dental, maior a renda média familiar correlação esta considerada espúria estatisticamente, onde outras variáveis de confusão podem estar interferindo nos resultados.

O Índice de Gini esteve correlacionado com a perda dental de 13 a 31 dentes ($p < 0,05$); onde o aumento da desigualdade de renda aumentou proporcionalmente a perda dental.

O IDH revela correlação negativa com a necessidade de prótese parcial ($p < 0,05$); quanto maior a necessidade de prótese parcial, menor o IDH do Estado. O Índice de Gini esteve correlacionado positivamente com a necessidade de prótese parcial ($p < 0,05$); maior a desigualdade de renda, maior a necessidade de prótese parcial.

TABELA – 4 ESTADOS DA REGIÃO NORTE E NORDESTE: PREVALÊNCIA DE DESFECHOS, RENDA FAMILIAR, IDH E ÍNDICE DE GINI PARA NEGROS (PRETOS E PARDOS); BRASIL, 2003.

Tabela - 4

Estados da Região Norte e Nordeste: prevalência de desfechos, renda familiar, IDH e Índice de Gini para Negros (pretos e pardos): Brasil, 2003.

Estado	Dor n (%)	Ed. anterior n (%)	Perda 1 a 12 n (%)	Perda 13 a 31 n (%)	N.P.P n (%)	Serv. Púb. n (%)	Rend. Fam. n (R\$)	IDH	I.GINI
Rondônia	48,2	50,0	44,5	46,4	80,0	45,5	537,43	0,71	0,59
Acre	38,8	63,4	23,9	58,2	69,9	52,2	560,83	0,68	0,62
Amazonas	34,4	46,2	48,4	43,0	74,7	53,6	499,00	0,65	0,65
Roraima	53,8	42,3	61,5	19,2	69,2	65,4	706,15	0,74	0,59
Pará	36,0	54,1	38,2	49,6	74,5	55,5	432,24	0,70	0,62
Amapá	16,7	48,1	42,6	51,9	87,0	68,5	549,09	0,74	0,62
Tocantins	43,3	42,4	52,1	42,2	85,3	60,8	317,70	0,68	0,62
Maranhão	37,9	33,5	55,5	34,2	79,4	34,6	579,79	0,62	0,61
Piauí	36,2	42,7	44,1	41,2	76,3	55,8	318,72	0,63	0,61
Ceará	35,4	50,3	44,9	42,5	71,2	65,8	434,48	0,67	0,62
Rio Gde do Norte	35,1	54,3	38,3	51,1	77,4	64,5	337,50	0,67	0,61
Paraíba	34,2	59,0	44,1	44,7	80,1	67,5	489,52	0,62	0,59
Pernambuco	33,7	56,5	41,7	45,2	76,9	55,5	389,17	0,61	0,61
Alagoas	41,7	47,9	53,4	41,7	87,7	56,5	426,06	0,66	0,63
Sergipe	35,8	31,7	65,0	28,5	83,7	59,8	621,69	0,67	0,61
Bahia	38,1	46,9	47,7	38,1	71,8	49,3	408,35	0,72	0,61

Notas:

Ed. Anterior: Edentulismo Anterior

Perda 1 a 12: Perda dental de 1 a 12 dentes

Perda 13 a 31: Perda dental de 13 a 31 dentes

N.P.P.: Necessidade de Prótese Parcial

Serv. Púb.: Serviço Público

Rend. Fam.: Renda Familiar Média

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano Estado

I. GINI: Índice de Gini Estado

Fonte: SB Brasil 2003 e Atlas de Desenvolvimento Humano 2000.

Conforme visualizado na tabela 4, os Estados com mais baixo IDH (regiões Norte e Nordeste), foram as que apresentaram os piores indicadores de saúde bucal para o grupo étnico estudado, bem como as menores rendas médias familiares.

Nestes Estados foram encontrados os piores indicadores em saúde bucal relacionados à experiência de dor, edentulismo anterior, perda dental de 1 a 12 dentes e de 13 a 31 dentes evidenciando-se a necessidade de prótese parcial (87% no Amapá e 87,7% em Alagoas).

Do mesmo modo, o acesso à dentista por meio de serviço público (68,5% no Amapá e 67,5% no Estado da Paraíba e renda média familiar de R\$ 317,70 no Tocantins e R\$ 337,50 no Estado do Pernambuco). O valor de IDH para Estado do Pernambuco foi de 0,61, e o Índice de Gini para o Estado do Amazonas foi de 0,65.

TABELA 5 COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO (R²) DOS DESFECHOS EM SAÚDE BUCAL PARA NEGROS (PRETOS E PARDOS); BRASIL, 2003.

Tabela - 5

Coeficiente de Determinação (R²) dos desfechos em saúde bucal para Negros (pretos e pardos); Brasil, 2003

Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes	Coef. Correlação r	Coef. Determinação R ²	Nível sig. p	%
Dor	Serviço Público	r = -0,387*	R ² = 0,15	p = 0,046	15%
Perda 1 a 12 dentes	Renda Familiar média	r = 0,514**	R ² = 0,26	p = 0,006	26%
Perda 13 a 31 dentes	Renda Familiar média	r = -0,509**	R ² = 0,25	p = 0,007	25%
Edentulismo Anterior	Renda Familiar média	r = -0,517**	R ² = 0,27	p = 0,006	27%
Perda 13 a 31 dentes	Índice de Gini	r = 0,386*	R ² = 0,15	p = 0,047	15%
Nec. Prótese Parcial	IDH	r = -0,396*	R ² = 0,15	p = 0,041	15%
Nec. Prótese Parcial	Índice de Gini	r = 0,487*	R ² = 0,24	p = 0,010	24%

Teste de Spearman: *p < 0,01 **p < 0,05

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

Fontes: SB Brasil 2003 e Atlas de Desenvolvimento Humano 2000.

A tabela 5 apresenta os respectivos coeficientes de determinação dos desfechos em saúde bucal. Neste modelo, os coeficientes de determinação explicam o quanto da variação da variável independente explica da variação da variável dependente.

Assim, o acesso ao serviço público explicou 15% da variância de experiência de dor, bem como 27% da variação do edentulismo anterior é explicado pela variação da renda familiar média.

A perda dental de 13 a 31 dentes, é explicada por 25% da variação da renda média e 15% da variação do Índice de Gini.

As variações do IDH explicam 15% e as variações do Índice de Gini 24% da necessidade de prótese parcial.

4. DISCUSSÃO

No presente estudo observaram-se correlações entre indicadores sócio econômicos locais e globais e desfechos em saúde bucal para a população de negros.

As diferenças regionais nos níveis de renda familiar média, IDH e Índice de Gini, vêm corroborar os estudos de Frias²⁰ que verificou em sua pesquisa com adolescentes que iniquidades sócio econômicas e contextuais refletem e influenciam a saúde bucal de alguns grupos étnicos no Brasil.

Nas regiões do Norte e Nordeste estavam presentes os piores indicadores, fato este também encontrado por Frias ²⁰ em relação à distribuição geográfica da prevalência de cárie não tratada em adolescentes segundo as regiões brasileiras, onde nos Estados do Norte e Nordeste 73,8% dos jovens apresentavam esta condição. De modo análogo, observou-se que os municípios dessas regiões apresentaram os menores valores de IDH-M.

Estas observações vêm corroborar os estudos de Antunes ²¹, onde indicaram que a experiência de cárie dentária é suscetível a marcantes desigualdades sócio- demográficas e geográficas. Ao comparar desfechos em saúde bucal, observou-se piores condições nas regiões brasileiras mais submetidas à privação.

Sobre a experiência de dor, verificou-se no presente estudo que esteve correlacionado com menor acesso a serviço público. Isto reforça os achados de outros pesquisadores ^{22, 23, 24, 25}, que concluem que a população adulta sofre exclusão sistemática dos serviços, influenciada pelas condições sociais.

O IDH esteve correlacionado negativamente com a necessidade de prótese parcial; o Índice de Gini esteve correlacionado positivamente com a perda dental e com a necessidade de prótese parcial; assim, também Antunes ²⁶ e Peres ²⁷, em estudos avaliando diversas bases de dados, reforçam a indicação de duradouros efeitos contextuais de privação sobre a experiência de cárie. Estes autores apontaram associação negativa entre índices de desenvolvimento social e níveis de cárie, para a dentição permanente e decídua.

5. CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo demonstram que o perfil de saúde bucal da população de negros adultos brasileiros apresenta prevalências alarmantes de perdas dentais, no que se refere à história passada, e também à história presente, com a experiência de dor e necessidade de reabilitação protética.

Na análise contextual, ficaram evidenciadas as correlações entre indicadores sócio econômicos globais (IDH e Índice de GINI) e locais (renda familiar média e acesso a dentista por serviço público) e iniquidades bucais como experiência de dor, edentulismo anterior, perda dental e necessidade de prótese parcial.

As políticas públicas devem minimizar os impactos na saúde bucal das disparidades sócio-econômicas raciais locais e globais, com pesquisas que possam explicar o mecanismo de ação dos efeitos contextuais da desigualdade de renda na saúde bucal. Assim como

estabelecer estratégias e metas para intervenção na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com enfoque na abordagem étnico-racial.

As iniquidades para o grupo étnico estudado, a experiência de dor de origem dental, perda dental e necessidade de prótese parcial, sugerem que critérios de equidade em saúde de grupos em condições de vulnerabilidade devem ser adotados na priorização de próteses parciais como a ampliação do acesso, a garantia de não segregação racial e intervenção sobre os determinantes sociais, como uma nova estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal nos CEOS (Centros de Especialidades Odontológicas).

Assim, as evidências de iniquidades em saúde bucal para o grupo étnico pesquisado, demandam estratégias urgentes de combate às iniquidades raciais em saúde, às desigualdades contextuais e sociais e à promoção de saúde bucal, com ênfase em se buscar as determinações sociais das iniquidades e estratégias para sua redução.

“Transformar o conhecimento em ação” (César Victora, 2006), por meio da ampliação do acesso da população negra às ações e serviços de saúde, inclusão do tema étnico racial nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde, garantia da utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomadas de decisão, e a identificação das necessidades de saúde da população negra e utilização destas como critério de planejamento e definição de prioridades.

REFERÊNCIAS

1. Heringer, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2002. 18 (Suplemento): 57-65.
2. Guimarães, ASA. *Classes, Raças e Democracia*. São Paulo: Editora 34. 2002.
3. Telles, E. *Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.
4. Kawachi, I.; Subramanian, S.V. Almeida Filho, N. A. A glossary for health inequalities. *J. Epidemiol. Community Health* 2002. 56 (9): 647-652.
5. Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. EUR/ICP/RPD 414. 7734r, Geneva: WHO, 2000. (Fevereiro de 2006).
6. Petersen, PE. Social Inequalities in dental health: towards a theoretical explanation. *Community Dental and Oral Epidemiology*. 1990.18: 153-158.
7. Moreira, TP. Nations, MK.; Alves, MCFC. Dentes da Desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade de Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Jun, 2007. 23 (6): 1383-1392.
8. Moysés, SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*. 2000. v. 1, n. 1, p. 7 – 17.
9. Patussi, M P. Privação e Saúde Bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside. *Revista Ação Coletiva*. 1999; II (1): 03-08.
10. Peres, MA.; Peres, KG. O impacto de eventos precocemente experimentados na família sobre a saúde bucal. In: Moysés, ST; Kriger, L.; Moysés, SJ. *Saúde Bucal das Famílias – trabalhando com evidências*. (Coord). Artes Médicas – Divisão Odontológica. 2008. p. 195-205.
11. Sisson, KL. Theoretical Explanation for social inequalities in oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2007. v. 35, n. 2, p. 81-88.
12. Petersen, PE. The world oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2003. v. 31, suppl 1,p. 3-24.
13. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Banco de Dados da pesquisa: “Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – Levantamento

Epidemiológico SB Brasil 2003”. Disponível na Internet em www.saude.gov.br. (Capturado em 03/06/2007).

14. Brasil, Pnud. Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília: PNUD; 2000.

15. Brasil, Pnud. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas Racial Brasileiro. Brasília: PNUD, 2004.

16. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portaria nº 3.947/GM. Diário Oficial da União 1999; 14 Jan.

17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Portaria nº 3.947/GM. Diário Oficial da União 2005; 14 Jan.

18. Morgenstern, H. Ecologic studies. In: Rothman K.J., Greenland S. Modern Epidemiology. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1998.p. 459-480.

19. Kriger, N. Sticky webs; hungry spiders; buzzing flies; and fractal methaphors: on the misleading juxtaposition of “risk factor” versus “social” epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health 1999; 53: 678-680.

20. Frias, AC; Antunes, JLF.;Junqueira, SR.; Narvai, PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie não tratada no Brasil. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2007. 22 (4).

21. Antunes, JLF.; Peres, MA.; Mello, TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decidua no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, 2006. 11 (1): 79-87.

22. Ekanayake, L.; Mendis, R. Self reported use of dental services among employed adults in Sri Lanka. Int. Dent. J. 2002; 52:151-5.

23. Lacerda, JT.; Simionato, EM.; Peres, KG.; Peres, MA.;Traebert, J.; Marcenes, W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Rev Saúde Pública 2004; 38(3):453-8.

24. Souza, L. A saúde e a doença no dia-a-dia do povo. Cadernos do Ceas; 77: 18-29; 1982.

25. Martins, EM. Construindo o valor da saúde bucal. Rev. Ação Col, 2:5-9, 1999.

26. Antunes, JLF; Frazão, P.; Narvai, PC.; Bispo, CM; Pgoretti, T. Spatial analysis to identify differentials in dental needs by área-based measures. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2002. 30:133-42.

27. Peres, MA.; Peres, KG.; Antunes, JLF.; Junqueira, SR.; Frazão, P.; Narvai, PC. The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children. *Rev. Panam Salud Publica* . 2003.14;149-57.

APÊNDICES

1. VARIÁVEIS INDEPENDENTES COMPOSTAS

1.1 ÍNDICE DE GINI

Mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar *per capita*. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula) ¹⁵.

1.2 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Do ponto de vista aritmético, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador sintético, que varia entre 0 a 1. Quanto mais distante do 0, maior o desenvolvimento humano. Para fins analíticos, a um IDH até 0,499 atribui-se a classificação de baixo desenvolvimento humano; entre 0,500 e 0,799 considera-se médio desenvolvimento humano; e acima de 0,800, alto desenvolvimento humano. Essencialmente, o IDH é composto das seguintes dimensões:

Longevidade – O indicador escolhido para essa dimensão é a esperança de vida ao nascer, definida como o número de anos que um indivíduo espera viver a partir do nascimento, respeitados a estrutura e os níveis de mortalidade por idade observados naquela população no ano em questão. A inclusão deste indicador deve-se ao fato de que ter uma vida longa e saudável é uma pré-condição para a ampliação das capacidades e potencialidades dos indivíduos. Além disso, esse indicador de algum modo sintetiza o conjunto de indicadores da área da saúde e salubridade (mortalidade infantil, mortalidade materna, acesso a água potável, coleta de lixo, esgotamento sanitário etc).

Educação – Relacionada ao acesso ao conhecimento, essa dimensão expressa o potencial das oportunidades existentes para a tomada de decisões racionais ao longo da vida, para o alargamento das margens de escolha, para a conscientização política e cidadã e para o aumento da produtividade e do nível de rendimento pessoal e familiar. O índice dessa dimensão agrega dois indicadores; a taxa de alfabetização de pessoas maiores de 15 anos (que tem peso dois) e a taxa de bruta combinada de escolarização nos três níveis básicos de ensino (com peso um) – ou seja, a proporção de pessoas no ensino fundamental, médio e superior em relação à população em idade escolar.

Renda – Enquanto as demais dimensões são simultaneamente um meio e um fim em si mesmas, a renda é um meio para medir a condição de um padrão de vida digno, o acesso das pessoas a oportunidades e recursos econômicos (ocupação, emprego, renda, tecnologias, crédito, terra, etc). Para a elaboração desse índice usa-se o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*. Em sua construção, adota-se o princípio dos retornos marginais decrescentes – que leva em conta a idéia de que R\$ 1 extra de renda, quando a renda é de R\$ 10 mil, por exemplo, não é um insumo tão importante para o desenvolvimento humano com o mesmo R\$ 1 quando a renda é de R\$ 100.

Para aferir o nível de desenvolvimento humano de municípios as dimensões são as mesmas – educação, longevidade e renda -, mas alguns dos indicadores usados são diferentes. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDH municipal (IDHM) são mais adequados para avaliar as condições de núcleos sociais menores¹⁴.

FIGURA 1 – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NEGROS 2000

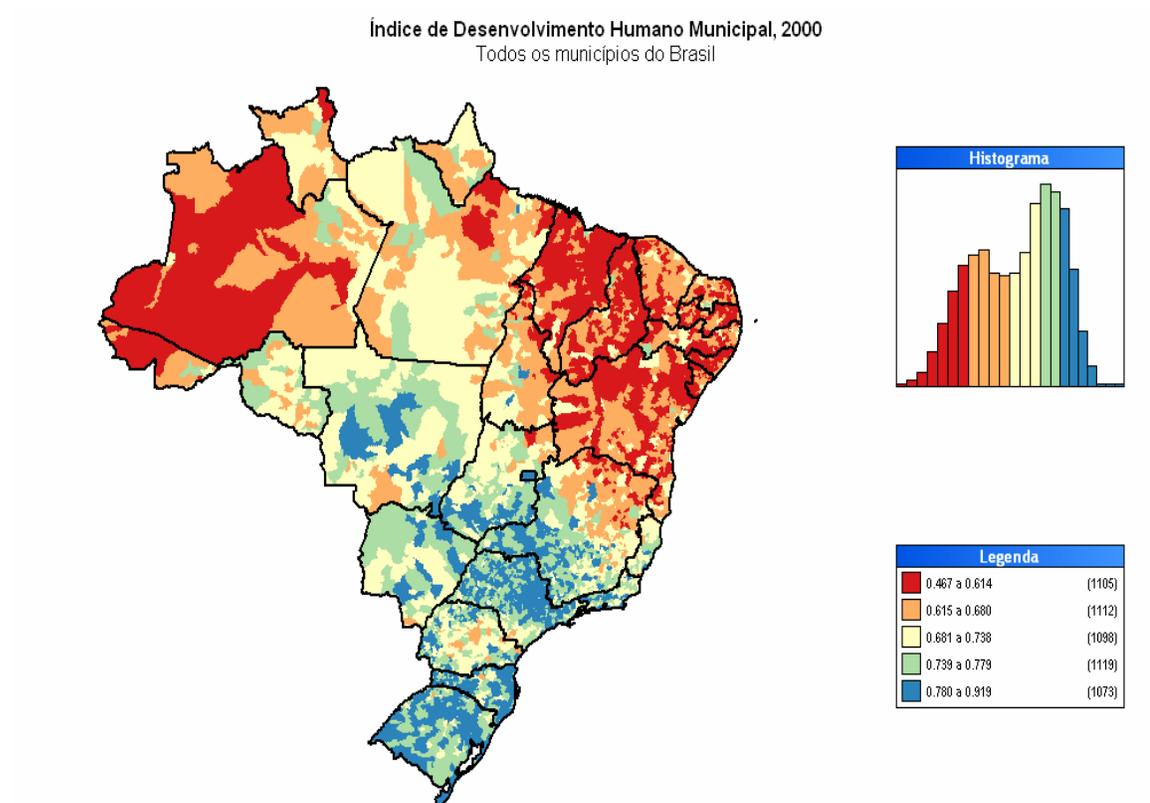


Figura 1 – Índice de Desenvolvimento Humano Negros (IDH) Brasil, 2000.
Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano, Brasil, 2000.

FIGURA 2 - ÍNDICE DE GINI NEGROS 2000

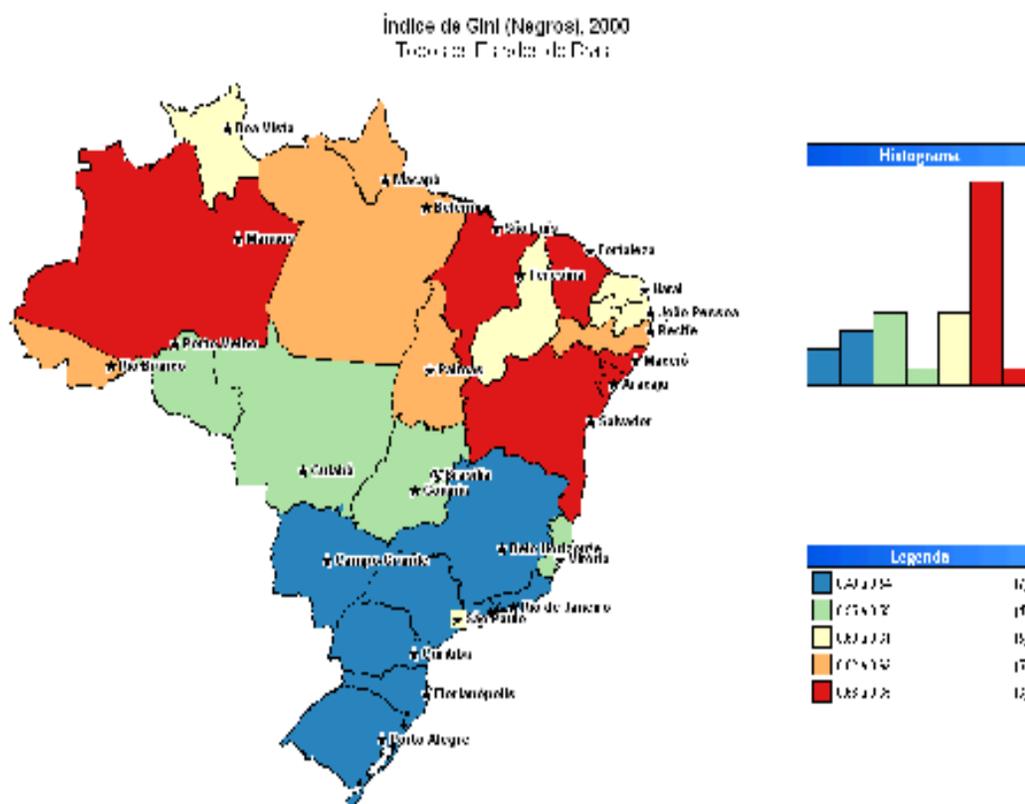
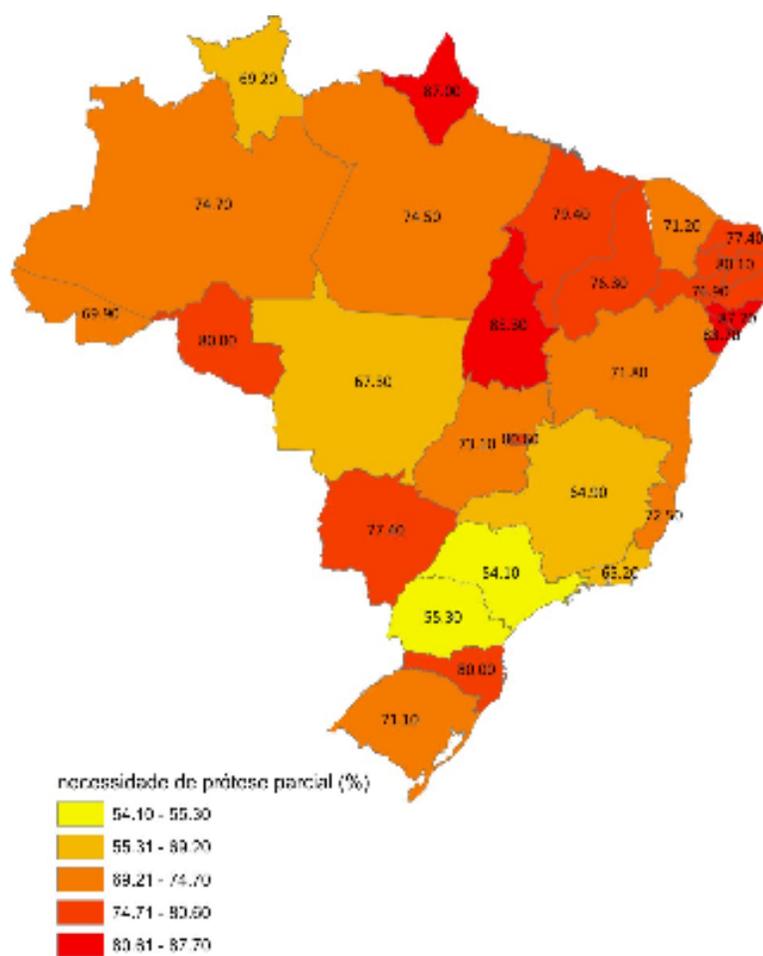


Figura 2 – Índice de Gini Negros 2000

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano, Brasil, 2000.

FIGURA 3 – NECESSIDADE DE PRÓTESE PARCIAL



Fonte: Fonte: SB Brasil 2003.

GRÁFICO 1 – CORRELAÇÃO EXPERIÊNCIA DE DOR X SERVIÇO PÚBLICO

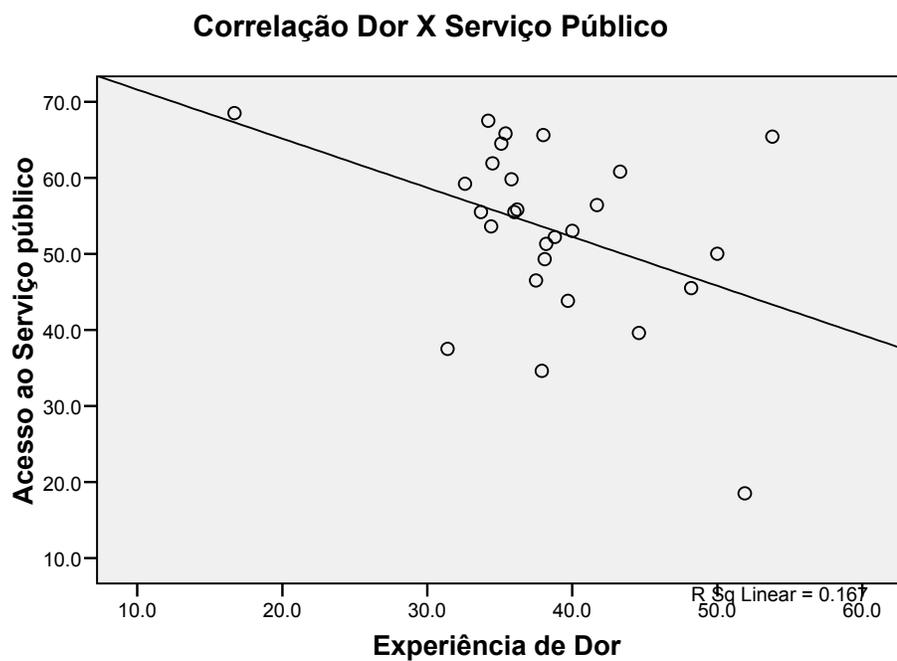


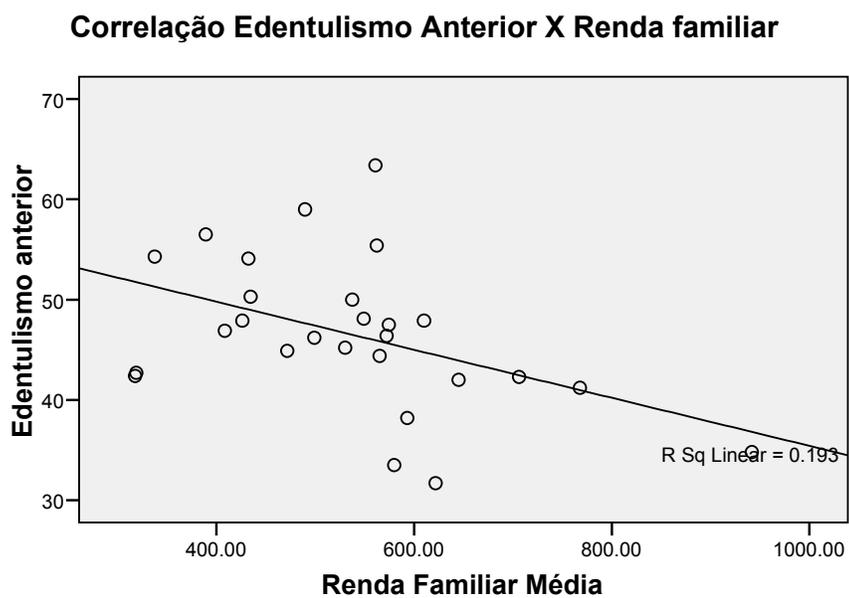
GRÁFICO 2 – CORRELAÇÃO EDENTULISMO ANTERIOR X RENDA FAMILIAR

GRÁFICO 3 – CORRELAÇÃO PERDA DENTAL 13 A 31 DENTES X RENDA FAMILIAR

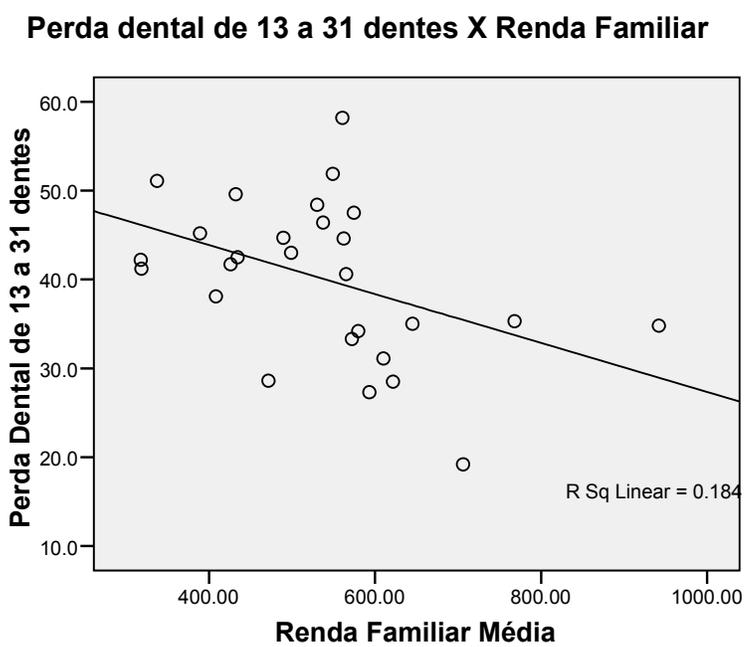


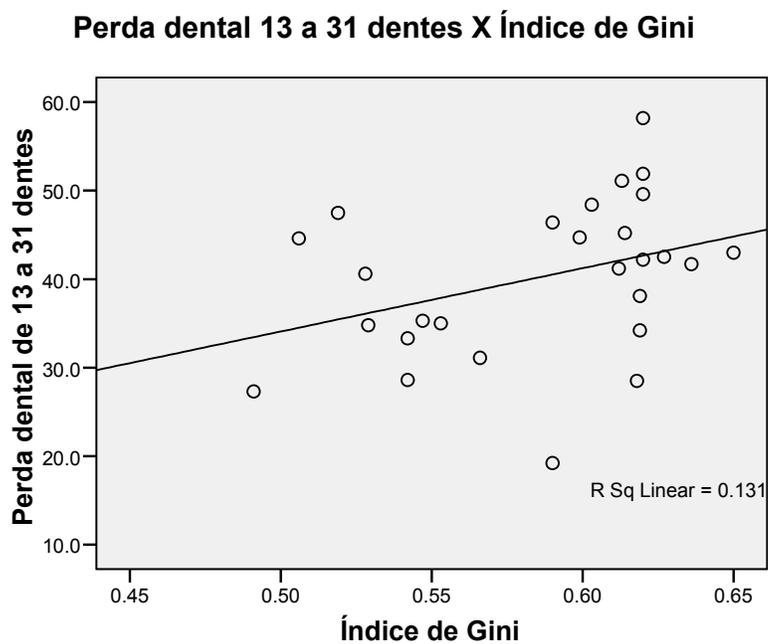
GRÁFICO 4 – CORRELAÇÃO PERDA DENTAL X ÍNDICE DE GINI

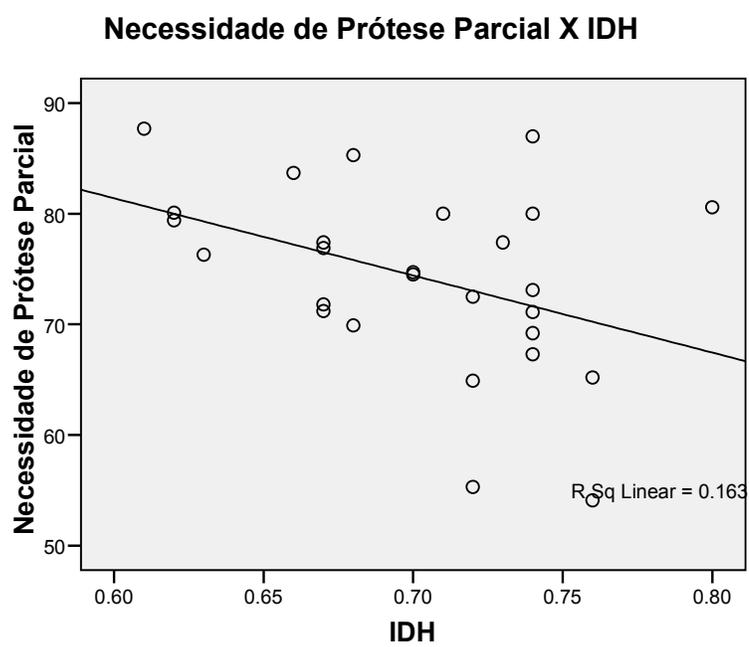
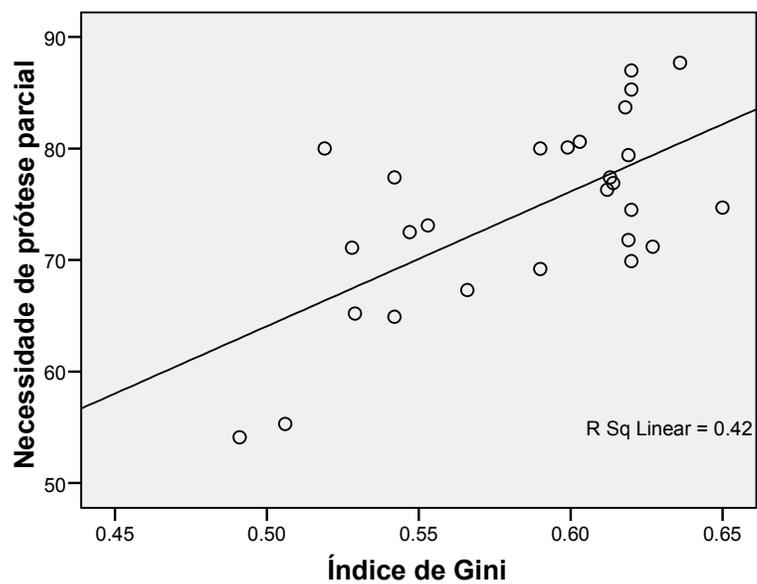
GRÁFICO 5 – CORRELAÇÃO NECESSIDADE DE PRÓTESE PARCIAL X IDH

GRÁFICO 6 – CORRELAÇÃO NECESSIDADE DE PROTESE PARCIAL X ÍNDICE DE GINI

Correlação Necessidade de Prótese Parcial X Índice de Gini



ANEXOS

NORMAS DA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA



ISSN 0034-8910 *versão impressa*
ISSN 1518-8787 *versão on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Categorias de artigos](#)
- [Autoria](#)
- [Processo de julgamento dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Suplementos](#)
- [Conflito de interesses](#)
- [Documentos](#)

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análise
- [QUOROM](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- [STROBE](#) para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura e*

- até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.*

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores,

que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico.

Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda

nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#)", quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver [permissão expressa](#) dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org/>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária,

artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção “submissão de artigo”. Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção “submissão de artigos” e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção “consulta/ alteração dos artigos submetidos”. Ao todo são oito situações

possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de “consulta/ alteração dos artigos submetidos”, o autor tem acesso às seguintes funções:

“**Ver**”:

“**Alterar**”:

“**Avaliações/comentários**”:

“**Reformulação**”:

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.

3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "[responsabilidade de autoria](#)".
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por

volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capa da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não

qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de

responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

“Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo.”

“Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.”

“Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores.”

Contribuição:

Local, data

Assinatura

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchiam os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, Data
Assinatura

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original. Todas as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores:

Título:

Local, data

Assinatura

Local, data

Assinatura

© 2009 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3068-0539



revsp@org.usp.br

NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA



CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

ISSN 0102-311X *versão
impressa*

ISSN 1678-4464 *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a **Cadernos de Saúde Pública**.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 Cartas – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

1.6 Debate – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidadas pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 Fórum – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não

estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- b) [ClinicalTrials.gov](#)
- c) [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- d) [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- e) [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- f) [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto.

Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

Envio de manuscritos

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>. Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma

original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos.* Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: msp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se

a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ®. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

© 2009 *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz*

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: +55 21 2598-2511 / 2598-2508
Fax: +55 21 2298-2737 / 2598-2514



cadernos@ensp.fiocruz.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
 NÚCLEO DE BIÉTICA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Parecer nº: 517 / 07 CEP PUCPR
 Registro do projeto no CEP: 1989 (1)

Título do Projeto: INIQUIDADES ÉTNICAS EM SAÚDE BUCAL

Grupo: 3

Pesquisador responsável: SANDRA KATSUE GUIOTOKU

Instituição: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

Objetivos: **GERAIS:** Identificar as iniquidades em saúde bucal na população adulta (15 a 64 anos) pertencentes à raça negra (pretos e pardos), numa perspectiva histórico-social, abordando as desigualdades sociais, as vulnerabilidades e a exclusão social. **ESPECÍFICOS:** Identificar os fatores determinantes das iniquidades em saúde bucal na população adulta de raça negra nas cinco macrorregiões brasileiras; Avaliar o perfil epidemiológico da experiência de cárie, perda dental, dor, doença periodontal e edentulismo; Verificar a associação das iniquidades em saúde bucal com indicadores socio-demográficos, de exclusão social, e de desenvolvimento humano.

Comentários: O projeto de pesquisa está baseado em dados coletados e disponível pela internet, o que demonstra não envolver pessoas para a efetivação da pesquisa, não havendo meio para submeter ao Comitê de Ética em Pesquisas - CEP.

Considerações: Por se tratar de pesquisa com dados públicos disponibilizadas por vários meios de comunicação, podem ser usados livremente desde que indiquem a fonte da origem dos dados, sob pena de responder por apropriação indevida. Não havendo qualquer identificação das pessoas que participaram da pesquisa que sejam origem dos dados, deixa de haver qualquer intervenção direta ou indireta daqueles sujeitos de pesquisa que foram origem dos dados.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Principalmente ressalta-se que o tipo de pesquisa a ser realizada não exige a necessidade de TCLE diante do uso de dados estatísticos disponíveis ao público em geral. Sobre o TCLE apresentado no projeto de pesquisa está totalmente inexistente por ser de uma pesquisa diversa do projeto não validando qualquer análise, principalmente pela questão acima exposta.

Conclusões: Não há possibilidade de ser objeto de análise o projeto de pesquisa em pauta por não envolver pessoas humanas direta ou indiretamente por ser meramente desenvolvida com dados já coletados e disponibilizados de forma a preservar os sujeitos da pesquisa original.

Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC PR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia 19/09/2007, manifesta-se pela **RETIRADA** do projeto.

Situação: PROJETO RETIRADO

Curitiba, 20 de novembro de 2007



Prof. Dr. Sergio Surugi de Siqueira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
PUC PR



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)