

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Rafaela de Oliveira Cunha

**Iniquidades raciais em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos: uma
análise do papel do racismo**

Juiz de Fora
2025

Rafaela de Oliveira Cunha

**Iniquidades raciais em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos: uma
análise do papel do racismo**

Tese de doutorado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva, da Universidade Federal de Juiz
de Fora como requisito parcial à obtenção
do título de Doutora em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientador: Prof. Dr. Mário Círio Nogueira

Juiz de Fora

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Cunha, Rafaela de Oliveira.

Iniquidades raciais em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos: uma análise do papel do racismo / Rafaela de Oliveira Cunha. -- 2025.

250 f. : il.

Orientador: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientador: Mário Clírio Nogueira

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

1. Racismo. 2. Segregação residencial. 3. Características de residência. 4. Saúde bucal. 5. Acesso aos serviços de saúde. I. Leite, Isabel Cristina Gonçalves, orient. II. Nogueira, Mário Clírio, coorient. III. Título.

Rafaela de Oliveira Cunha

Iniquidades raciais em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos: uma análise do papel do racismo

Tese apresentada ao
Programa de Pós-
Graduação em Saúde
Coletiva
da Universidade
Federal de Juiz de
Fora como requisito
parcial à obtenção do
título de Doutora em
Saúde Coletiva. Área
de concentração:
Saúde Coletiva.

Aprovada em 8 de maio de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Mário Círio Nogueira
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. João Luiz Dornelles Bastos
Simon Fraser University

Prof.ª Dra. Janice Simpson de Paula
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof.ª Dra. Danielle Teles da Cruz

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 15/04/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Isabel Cristina Goncalves Leite, Professor(a)**, em 08/05/2025, às 17:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maximiliano Ribeiro Guerra, Professor(a)**, em 08/05/2025, às 17:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Teles da Cruz, Professor(a)**, em 08/05/2025, às 17:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mario Cirio Nogueira, Professor(a)**, em 08/05/2025, às 17:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Luiz Dornelles Bastos, Usuário Externo**, em 08/05/2025, às 19:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Janice Simpson de Paula, Usuário Externo**, em 09/05/2025, às 07:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2350754** e o código CRC **9926CF3C**.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a **Deus** por me conduzir e me sustentar em toda a minha trajetória. Por abrir portas, orientar cada um dos meus passos e renovar minhas forças nos momentos de dificuldade. Sei que, se não fosse pelo Seu amor e pela Sua misericórdia, eu não chegaria até aqui.

Agradeço a toda a **minha família** pelo apoio constante, pela torcida em cada etapa e pelo carinho que sempre me acompanhou. Em especial, aos **meus pais, Luiz e Silvana**, que dedicaram tanto esforço e amor para me proporcionar as oportunidades que eles não tiveram. Sou infinitamente grata por tudo que sempre fizeram e continuam a fazer por mim. Ao meu marido, **André**, obrigada por ser meu maior apoiador e admirador. Por me incentivar a acreditar nos meus sonhos, estar ao meu lado em cada desafio e me acalmar nos momentos de incerteza. Seu amor, paciência e apoio incondicional foram essenciais nesta caminhada. Aos meus irmãos, **Roberta e Marcelo**, minha gratidão por serem meus exemplos de dedicação e persistência. Obrigada por torcerem por mim e vibrarem com cada conquista como se fosse de vocês. Aos meus sobrinhos, **Lucas e Alice**, não posso deixar de dizer o quanto vocês enchem minha vida de alegria e tornam essa caminhada mais leve e feliz.

À minha **orientadora, Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite**, que, com sua forma leve, generosa e inspiradora de ensinar, me motivou e me conduziu ao longo deste caminho. Meu grande exemplo de professora e pesquisadora! A você, minha profunda gratidão e admiração! Ao meu **coorientador, Prof. Dr. Mário Círio Nogueira**, agradeço imensamente pela disponibilidade e abertura com que compartilhou seu conhecimento ao longo desta trajetória. Sua escuta atenta e contribuições sempre precisas foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho! Contar com dois mestres tão especiais foi um grande privilégio. Levo comigo não apenas o aprendizado acadêmico, mas também o exemplo de como ensinar com carinho, dedicação e generosidade.

Aos **membros da banca examinadora**, minha sincera gratidão por dedicarem seu tempo, atenção e conhecimento à leitura e avaliação deste trabalho. Suas contribuições, desde a qualificação, foram fundamentais para o aprimoramento da pesquisa e para o meu crescimento enquanto pesquisadora.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFJF)**, agradeço pela oportunidade de me qualificar em um espaço de excelência, que tanto contribuiu para minha formação profissional.

Por fim, expresso minha sincera admiração aos pesquisadores que dedicam seus esforços ao avanço da produção científica comprometida com a justiça racial. Foi sobre o alicerce construído por esses estudiosos que este trabalho pôde ser desenvolvido.

Concluo com um sentimento de gratidão e responsabilidade pela oportunidade de, por meio desta pesquisa, participar e contribuir para o fortalecimento da pesquisa antirracista. A luta contra o racismo é uma jornada que não admite retrocessos, e é com esse compromisso que sigo adiante.

“Os brancos não podem ser neutros em relação ao racismo. Ou estamos perpetuando-o ou estamos trabalhando para transformá-lo. (...) O desconforto que sentimos ao discutir raça não é um sinal de que devemos evitar a conversa, mas um sinal de que devemos continuar a aprofundá-la.”

Robin DiAngelo

RESUMO

Evidências mostram que grupos raciais marginalizados enfrentam maior carga de doenças bucais e barreiras no acesso a cuidados odontológicos, mas o papel do racismo nessas iniquidades ainda é pouco explorado. Esta tese investigou o papel do racismo na produção de iniquidades raciais em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos. Foram conduzidos três estudos. O primeiro consistiu em uma revisão sistemática sobre a relação entre racismo e saúde bucal, com foco na população negra. De 1.034 estudos recuperados, 6 atenderam aos critérios de elegibilidade. A maior parte dos estudos investigou o racismo interpessoal, enquanto dois abordaram o racismo estrutural. Os desfechos analisados – saúde bucal autopercebida, perda dentária e edentulismo – indicaram associação entre o racismo e piores indicadores de saúde bucal; além disso, evidenciou-se a escassez de investigações sobre o tema. O segundo estudo analisou iniquidades raciais em saúde bucal na população brasileira a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, baseado em uma amostra complexa de 64.830 indivíduos. Os desfechos incluíram autoavaliação da saúde bucal, perda dentária, uso de prótese e uso recente de serviços odontológicos. Modelos de regressão de Poisson ajustados por variáveis sociodemográficas revelaram, entre pretos e pardos, menor prevalência de autoavaliação positiva (pretos: RP = 0,90; IC95%0,87-0,93; pardos: RP = 0,94; IC95%0,92-0,96) e uso recente de serviços odontológicos (pretos: RP = 0,93; IC95%0,89-0,97; pardos: RP = 0,95; IC95%0,92-0,98), além de maior prevalência de perda dentária (pretos: RP = 1,32; IC95%1,18-1,47; pardos: RP = 1,23; IC95%1,14-1,34) em comparação aos brancos, destacando as iniquidades raciais na população brasileira. O terceiro estudo, de delineamento transversal, envolveu 686 estudantes de graduação. Avaliou-se a associação de desfechos de saúde bucal (autopercepção, comprometimento da saúde bucal e perda dentária) e acesso a serviços odontológicos (acesso, uso recente e avaliação do atendimento) com a experiência de discriminação racial interpessoal, o Índice de Interação Racial (IIR) do município de residência e características do ambiente de vizinhança. Modelos de regressão de Poisson, com ajustes orientados por Diagramas Acíclicos Direcionados (DAGs), indicaram associação de experiência de discriminação racial interpessoal com falta de acesso (RP = 4,86; IC95%1,67-14,10), ausência de uso recente dos serviços (RP = 1,73; IC95% 1,30-2,30) e avaliação negativa do atendimento odontológico (RP = 1,66; IC95%1,12-2,46). Residir

em município com alto IIR foi associado a autopercepção negativa da saúde bucal (RP = 1,57; IC95%1,04-2,37) e a menor probabilidade de falta de acesso aos serviços (RP = 0,38; IC95%0,18-0,81). Por outro lado, viver em vizinhanças com melhores condições físicas e sociais reduziu a probabilidade de autopercepção negativa (RP = 0,66; IC95%0,51-0,85), comprometimento da saúde bucal (RP = 0,87; IC95%0,76-0,99), falta de acesso (RP = 0,34; IC95%0,15-0,75) e avaliação negativa dos serviços odontológicos (RP = 0,51; IC95%0,37-0,72). Esses achados reforçam o racismo como determinante da saúde bucal, atuando por vias estruturais e interpessoais. A tese evidencia o impacto significativo do racismo, em seus diferentes níveis, na saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos, ressaltando a urgência de ampliar a produção científica sobre o tema, aprofundando a compreensão das iniquidades raciais em saúde bucal e fornecendo subsídios para a formulação de estratégias eficazes para sua mitigação.

Palavras-chave: racismo; segregação residencial; características de residência; saúde bucal; acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Evidence shows that marginalized racial groups face a higher burden of oral diseases and greater barriers in accessing dental care, but the role of racism in these inequities remains underexplored. This dissertation investigated the role of racism in the production of racial inequities in oral health and in access to dental services. Three studies were conducted. The first was a systematic review on the relationship between racism and oral health, focusing on the Black population. Of the 1,034 articles retrieved, 6 met the eligibility criteria. Most studies investigated interpersonal racism, while two addressed structural racism. The outcomes analyzed—self-perceived oral health, tooth loss, and edentulism—indicated an association between racism and worse oral health indicators. Furthermore, a notable scarcity of research on the topic was identified. The second study analyzed racial inequities in oral health in the Brazilian population using data from the 2019 National Health Survey, based on a complex sample of 64,830 individuals. Outcomes included self-rated oral health, tooth loss, use of dentures, and recent use of dental services. Poisson regression models adjusted for sociodemographic variables showed that Black and Brown individuals had a lower prevalence of positive oral health self-assessment (Black: PR = 0.90; 95%CI 0.87–0.93; Brown: PR = 0.94; 95%CI 0.92–0.96) and recent use of dental services (Black: PR = 0.93; 95%CI 0.89–0.97; Brown: PR = 0.95; 95%CI 0.92–0.98), as well as a higher prevalence of tooth loss (Black: PR = 1.32; 95%CI 1.18–1.47; Brown: PR = 1.23; 95%CI 1.14–1.34) compared to white individuals, highlighting racial inequities in the Brazilian population. The third study, with a cross-sectional design, involved 686 undergraduate students. It assessed the association of oral health outcomes (self-perception, oral health impairment, and tooth loss) and access to dental services (access, recent use, and service evaluation) with experiences of interpersonal racial discrimination, the Racial Interaction Index (RII) of the municipality of residence, and neighborhood environment characteristics. Poisson regression models guided by Directed Acyclic Graphs (DAGs) indicated that experiences of interpersonal racial discrimination were associated with lack of access to dental services (PR = 4.86; 95%CI 1.67–14.10), absence of recent use (PR = 1.73; 95%CI 1.30–2.30), and negative evaluation of dental care (PR = 1.66; 95%CI 1.12–2.46). Living in a municipality with a high RII was associated with negative self-perception of oral health (PR = 1.57; 95%CI 1.04–2.37) and a lower probability of reporting lack of access to

dental services (PR = 0.38; 95%CI 0.18–0.81). Conversely, living in neighborhoods with better physical and social conditions reduced the probability of negative self-perception (PR = 0.66; 95%CI 0.51–0.85), oral health impairment (PR = 0.87; 95%CI 0.76–0.99), lack of access (PR = 0.34; 95%CI 0.15–0.75), and negative evaluation of dental services (PR = 0.51; 95%CI 0.37–0.72). These findings reinforce racism as a determinant of oral health, operating through both structural and interpersonal pathways. The dissertation highlights the significant impact of racism, at different levels, on oral health and access to dental care, underscoring the urgent need to expand scientific research on the subject, deepen the understanding of racial inequities in oral health, and inform the development of effective strategies for their mitigation.

Keywords: racism; residential segregation; residence characteristics; oral health; health services accessibility.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Termos selecionados para compor a estratégia de busca com base no formato PECO.....	59
Quadro 2	– Estratégia de busca utilizadas.....	60
Quadro 3	– Itens da versão abreviada da Escala de Discriminação Explícita (EDE).....	68
Figura 1	– Variáveis dependentes do estudo, selecionadas de acordo com o modelo proposto por Jamieson et al. (2021).....	69
Quadro 4	– Variáveis dependentes do estudo, questões utilizadas para a coleta e categorização adotada para a análise.....	70
Quadro 5	– Variáveis independentes do estudo.....	71
Figura 2	– Diagrama causal das relações entre exposições, desfechos e covariáveis do estudo.....	73
Quadro 1	– Termos selecionados para compor a estratégia de busca com base no formato PECO.....	81
Quadro 2	– Estratégia de busca utilizadas.....	81
Figura 1	– Fluxograma do processo de seleção dos artigos para a revisão sistemática, segundo orientação PRISMA.....	84
Quadro 3	– Avaliação do risco de viés pela Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale adaptada para estudos transversais.....	85
Quadro 4	– Características dos estudos incluídos na revisão sistemática.....	85
Figura 1	– Diagrama causal das relações entre exposições, desfechos e covariáveis.....	136

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Estratégia de pesquisa e registros recuperados na base de dados Pubmed em 02 de fevereiro de 2025.....	46
Tabela 1	– Prevalências ponderadas dos desfechos em saúde bucal.....	108
Tabela 2	– Razões de prevalência brutas e ajustadas para o desfecho autopercepção positiva de saúde bucal.....	109
Tabela 3	– Razões de prevalência brutas e ajustadas para o desfecho perda de 13 dentes ou mais.....	111
Tabela 4	– Razões de prevalência brutas e ajustadas para o desfecho uso de prótese dentária.....	112
Tabela 5	– Razões de prevalência brutas e ajustadas para o desfecho uso recente de serviços odontológicos.....	114
Tabela 1	– Características da população de estudo distribuídas por raça/cor e experiência de discriminação racial (N=686).....	137
Tabela 2	– Prevalências dos desfechos de saúde bucal e acesso a serviços odontológicos (N=686).....	139
Tabela 3	– Prevalências, razões de prevalência brutas e ajustadas dos desfechos relacionados à saúde bucal por raça/cor, experiência de discriminação, IIR do município de residência e características da vizinhança (N=686).....	140
Tabela 4	– Prevalências, razões de prevalência brutas ajustadas dos desfechos relacionados ao acesso a serviços odontológicos por raça/cor, experiência de discriminação, IIR do município de residência e características da vizinhança (N=686).....	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADEA	American Dental Education Association
BRFSS	Behavioral Risk Factor Surveillance System
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNEFE	Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPOD	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
DAG	Directed Acyclic Graphs
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EDE	Escala de Discriminação Explícita
Emtree	Embase Subject Headings
EoD	Experiences of Discrimination
EpiFloripa	Estudo Epidemiológico de Base Populacional de Florianópolis
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IIR	Índice de Interação Racial
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
JAMA	Journal of the American Medical Association
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MEDS	Major Experiences of Discrimination Scale
MeSH	Medical Subject Headings
ONU	Organização das Nações Unidas
OPEN	Oral Health Progress and Equity Network
PAF	Programa de Anemia Falciforme
PAHO-IRIS	Institutional Repository for Information Sharing da Organização Pan-Americana da Saúde

PECO	População, Exposição, Comparação e Resultado
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PROSPERO	International Prospective Register of Systematic Reviews
Prouni	Programa universidade para todos
RP	Razão de Prevalência
RR	Risco Relativo
SER	Schedule of Racist Events
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
UnB	Universidade de Brasília
UPAs	Unidades Primárias de Amostragem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1	RAÇA E RACISMO: ASPECTOS CONCEITUAIS E CONTEXTO HISTÓRICO.....	21
2.1.1	Raça.....	21
2.1.1.1	<i>Especificidades da raça no Brasil: sistema de classificação racial e influências da política de branqueamento e do mito da democracia racial.....</i>	<i>23</i>
2.1.2	Racismo.....	27
2.1.2.1	<i>Racismo sistêmico, estrutural e institucional.....</i>	<i>28</i>
2.1.2.2	<i>Racismo interpessoal e internalizado.....</i>	<i>29</i>
2.2	RACISMO E A BRANQUITUDE.....	32
2.3	RACISMO E A PESQUISA CIENTÍFICA.....	34
2.3.1	Evolução histórica do racismo enquanto objeto de pesquisa: do racismo científico à pesquisa antirracista.....	35
2.3.2	Metodologias para a mensuração do racismo.....	36
2.3.2.1	<i>Mensuração do racismo estrutural.....</i>	<i>36</i>
2.3.2.2	<i>Mensuração do racismo interpessoal.....</i>	<i>40</i>
2.4	RACISMO E SAÚDE.....	41
2.5	RACISMO E A ODONTOLOGIA.....	46
2.6	POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE RACIAL NO BRASIL: SAÚDE E EDUCAÇÃO.....	49
2.6.1	A Política Nacional De Saúde Integral Da População Negra (PNSIPN).....	49
2.6.2	Ações afirmativas nas Instituições de Ensino superior.....	53
3	JUSTIFICATIVA.....	55
4	OBJETIVOS.....	57
4.1	OBJETIVO GERAL.....	57
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	57
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	58

5.1	ESTUDO 1.....	58
5.1.1	Protocolo e registro.....	58
5.1.2	Questão de pesquisa.....	58
5.1.3	Critérios de elegibilidade.....	58
5.1.4	Estratégia de busca.....	59
5.1.5	Seleção dos estudos.....	61
5.1.6	Extração dos dados.....	61
5.1.7	Avaliação do risco de viés.....	62
5.2	ESTUDO 2.....	62
5.2.1	Delineamento do estudo.....	62
5.2.2	Fonte de dados.....	62
5.2.3	Critérios de inclusão e exclusão.....	63
5.2.4	Variáveis do estudo.....	63
5.2.5	Análise dos dados.....	64
5.2.6	Aspectos éticos.....	64
5.3	ESTUDO 3.....	65
5.3.1	Delineamento do estudo.....	65
5.3.2	Local do estudo.....	65
5.3.3	Amostra e população.....	65
5.3.4	Coleta de dados.....	66
5.3.5	Instrumento de coleta de dados.....	66
5.3.5.1	<i>Escala de percepção de vizinhança.....</i>	<i>66</i>
5.3.5.2	<i>Escala de Discriminação Explícita (EDE) – Versão abreviada.....</i>	<i>67</i>
5.3.6	Variáveis do estudo.....	69
5.3.6.1	<i>Variáveis dependentes.....</i>	<i>69</i>
5.3.6.2	<i>Variáveis independentes.....</i>	<i>71</i>
5.3.6.3	<i>Covariáveis.....</i>	<i>72</i>
5.3.7	Análise dos dados.....	73
5.3.8	Aspectos éticos.....	74
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	75
6.1	ARTIGO 1.....	76
6.2	ARTIGO 2.....	102

6.3	ARTIGO 3.....	130
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
7.1	PERSPECTIVAS FUTURAS.....	156
	REFERÊNCIAS.....	157
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	176
	APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de dados.....	178
	APÊNDICE C – Diagramas Acíclicos Direcionados (DAGs).....	187
	APÊNDICE D – Artigo “Raça e racismo: aspectos conceituais, históricos e metodológicos para pesquisas antirracistas em saúde” publicado na revista <i>Saúde e Sociedade</i>.....	188
	APÊNDICE E – Artigo “Interfaces entre racismo e Odontologia – necessidade de reconhecer para mudar: uma revisão narrativa”, publicado na <i>Revista da ABENO</i>.....	201
	APÊNDICE F – Artigo “Influência da raça na falta de acesso a serviços odontológicos entre alunos de uma universidade do Sudeste do Brasil”, publicado na revista <i>HU revista</i>.....	211
	APÊNDICE G – Cartilha “Manual antirracista para profissionais de saúde”.....	223
	ANEXO A – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF.....	245
	ANEXO B – Aceite para publicação do artigo 2 pela revista <i>Ciência e Saúde Coletiva</i>.....	250

1 INTRODUÇÃO

Evidências globais demonstram que as minorias raciais frequentemente apresentam maior carga de doenças bucais e enfrentam barreiras significativas no acesso e na qualidade dos cuidados odontológicos (Bastos et al., 2018; Constante; Tsakos; Watt, 2017; Herkrath; Vettore; Werneck, 2018; Nazer e Sabbah, 2018; Reis et al., 2024).

Entre essas populações estão grupos historicamente racializados e oprimidos, como negros e indígenas, que concentram os piores indicadores de saúde bucal. Estudos mostram que a população negra apresenta maior prevalência de cárie dentária, doença periodontal e perda dentária em comparação à população branca (Bruno et al., 2013; Cozier et al., 2023; Guiotoku et al., 2012; Karam et al., 2022; Nazer e Sabbah, 2018; Reis et al., 2024). Semelhantemente, a população indígena apresenta desvantagens marcantes, com maiores índices de cárie não tratada, perda dentária, doenças periodontais e dor de dente em diferentes contextos nacionais, incluindo América do Sul, Canadá, Nova Zelândia e Austrália (Jamieson et al., 2020; Ali et al., 2021; Jamieson et al., 2023).

Essas desvantagens não são aleatórias ou naturais, mas refletem um padrão sistemático de iniquidades raciais que atravessa o campo da saúde bucal, evidenciando os efeitos persistentes do racismo sobre a saúde (Bastos; Celeste; Paradies, 2018).

O uso do termo “iniquidades raciais” no lugar de expressões frequentemente utilizadas para descrever as diferenças nos resultados de saúde entre grupos raciais, como “desigualdades” ou “disparidades”, é uma escolha conceitual fundamental que carrega uma dimensão ética e política. Enquanto “desigualdade” e “disparidade” podem ser empregadas de forma descritiva ou normativa, muitas vezes esvaziadas de um juízo de valor, o termo “iniquidade” enfatiza que essas diferenças são injustas, evitáveis e socialmente determinadas. Adotá-lo implica reconhecer que tais diferenças decorrem de processos históricos e estruturais, e não de características intrínsecas aos grupos raciais (Bastos et al., 2020; Whitehead, 1992).

Apesar dos avanços na incorporação da variável raça/cor nas análises epidemiológicas, muitos estudos ainda operam sob uma lógica essencialmente biologicista, tratando a raça como uma categoria natural, fixa e biologicamente determinada. Essa perspectiva desconsidera que a raça é, na realidade, uma

construção social e histórica, instrumentalizada para sustentar sistemas de dominação e hierarquização. Ao não reconhecer a raça como marcador social, contribui-se para a naturalização das iniquidades em saúde, obscurecendo os mecanismos estruturais que as produzem e mantêm (Barbujani, 2005; Maio; Monteiro, 2005; Chor et al., 2019).

Assim, mesmo diante da robustez das evidências sobre a existência das iniquidades raciais em saúde, persiste uma lacuna na literatura científica no que se refere à incorporação de uma abordagem crítica que reconheça o racismo como fator central na produção e perpetuação dessas iniquidades, especialmente no campo da saúde bucal. Embora a variável raça seja amplamente utilizada em estudos epidemiológicos como um fator explicativo, o racismo — enquanto o sistema estrutural responsável pela reprodução e manutenção das iniquidades — permanece subexplorado nas pesquisas odontológicas (Bastos; Celeste; Paradies, 2018; Bastos et al., 2020; Celeste et al., 2023; Reginaldo et al., 2022).

É essencial compreender que as iniquidades em saúde observadas entre grupos racializados não decorrem da raça em si, mas das dinâmicas do racismo, que conferem privilégios a determinados segmentos populacionais em detrimento de outros (Lamenha-Lins et al., 2022). O racismo configura-se como um sistema de dominação que hierarquiza e discrimina grupos raciais, sustentando iniquidades de poder, oportunidades e acesso a recursos essenciais (Alston; Fontenot; Moran, 2022).

Seus impactos sobre a saúde se manifestam de forma ampla e interligada. A segregação residencial, educacional e ocupacional gera iniquidades econômicas e privação social, perpetuando condições de vida precárias e aprofundando as iniquidades em saúde. As iniquidades ambientais, por sua vez, expõem populações marginalizadas a condições adversas, como ausência de saneamento básico, maior poluição e menor acesso a serviços de saúde de qualidade e intensificam vulnerabilidades sanitárias. Além disso, a discriminação interpessoal e as microagressões resultam em estresse crônico, que contribui para a piora dos indicadores de saúde mental e física entre grupos racializados (Schmitt et al., 2014; Williams; Mohammed, 2009).

Portanto, a análise das iniquidades raciais em saúde bucal requer o reconhecimento do racismo como um fator central na produção e manutenção dessas iniquidades, e sua incorporação é imprescindível nas investigações científicas (Celeste et al., 2023). A ausência de uma abordagem crítica que considere o racismo como determinante social fundamental limita a compreensão dos mecanismos

subjacentes às iniquidades raciais em saúde bucal e compromete a criação de soluções efetivas para sua mitigação, uma vez que, sem o reconhecimento do racismo, medidas voltadas à redução das iniquidades podem falhar em enfrentar suas raízes estruturais, perpetuando ciclos de exclusão e vulnerabilidade (Fleming et al., 2022).

Este estudo se insere nessa perspectiva, buscando investigar o papel do racismo na produção de iniquidades raciais em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos. Ao adotar essa abordagem, o estudo pretende preencher lacunas existentes na literatura, contribuir para o fortalecimento da pesquisa científica antirracista e oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas de saúde bucal mais equitativas, eficazes e comprometidas com a justiça social.

Para desenvolver essa investigação, são apresentados, inicialmente, a revisão de literatura, a justificativa, os objetivos da pesquisa e os procedimentos metodológicos adotados. Os resultados e a discussão estão organizados em três artigos científicos: o primeiro, uma revisão sistemática, analisou o papel do racismo na produção de iniquidades em saúde bucal da população negra; o segundo investigou iniquidades raciais em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos em uma amostra representativa da população brasileira; e o terceiro, um estudo transversal com estudantes universitários, avaliou os efeitos de três vias de impacto do racismo — discriminação racial interpessoal, segregação residencial e características do ambiente de vizinhança — sobre desfechos de saúde bucal e de acesso a serviços odontológicos. Por fim, são apresentadas as considerações finais, que discutem as principais contribuições da tese e indicam caminhos para futuras investigações e para o fortalecimento de políticas públicas comprometidas com a justiça e a equidade racial.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo estão reunidas as referências que fornecem o embasamento teórico para o presente estudo.

2.1 RAÇA E RACISMO: ASPECTOS CONCEITUAIS E CONTEXTO HISTÓRICO

Conforme destacado por Krieger (2000), a clareza da terminologia é crítica para qualquer ciência. Nesse contexto, compreende-se que, para se entender plenamente o fenômeno do racismo e seus impactos nas sociedades contemporâneas, é imprescindível, em primeiro lugar, conhecer a gênese da concepção de raça, base do pensamento racista, e de onde se originou a ideologia que sustenta as noções de superioridade e inferioridade racial.

2.1.1 Raça

Etimologicamente, o termo “raça” tem suas raízes no latim *ratio*, que significa categoria ou espécie (Munanga, 2004). Seu significado sempre esteve, de alguma forma, relacionado ao ato de estabelecer classificações, inicialmente entre plantas e animais e, posteriormente, entre seres humanos. A concepção de raça como referência a distintas categorias humanas é um fenômeno moderno que remonta ao século XVI (Almeida, 2019; Mendes, 2012).

Como a maioria dos conceitos, o de raça possui um campo semântico próprio, além de uma dimensão temporal e espacial (Mendes, 2012). Assim, seu significado está inevitavelmente vinculado às circunstâncias históricas em que é empregado (Munanga, 2001).

De acordo com Goldberg (2002), o conceito de raça emerge na consciência social europeia de maneira mais ou menos explícita no século XV. Contudo, foram as circunstâncias históricas de meados do século XVI que atribuíram um significado específico à ideia de raça. O contexto de expansão econômica mercantilista, as descobertas do Novo Mundo e o florescimento da cultura renascentista abriram as portas para a construção do ideário filosófico moderno, que mais tarde elevaria o europeu à condição de “homem universal”, enquanto relegava os povos e culturas que não se alinhavam aos sistemas culturais europeus a uma condição de variações

menos evoluídas. Mais tarde, no século XVIII, o projeto iluminista de transformação social impulsionou ainda mais a construção de um saber filosófico centrado no homem como seu principal objeto. Do ponto de vista intelectual, o Iluminismo forneceu as ferramentas que possibilitaram a comparação e, posteriormente, a classificação dos mais diversos grupos humanos com base em suas características físicas e culturais. Surgiu, assim, a distinção filosófico-antropológica entre 'civilizado' e 'selvagem', que, no século seguinte, evoluiria para a oposição entre 'civilizado' e 'primitivo'. Dessa forma, a classificação dos seres humanos passou a servir, mais do que ao conhecimento filosófico, como instrumento do colonialismo europeu, sendo fundamental para a submissão e destruição de populações nas Américas, África, Ásia e Oceania (Almeida, 2019).

Pode-se afirmar que, devido à sua configuração histórica, a raça opera a partir de duas dimensões interligadas e complementares: como uma característica biológica, na qual a identidade racial é atribuída a um traço físico, como a cor da pele, por exemplo, e como uma característica étnico-cultural, em que a identidade é associada à origem geográfica, à religião, à língua ou a outros costumes. Em ambas as abordagens, o mito da inferioridade de determinados grupos raciais encontra-se invariavelmente vinculado a interesses econômicos e políticos, o que justificou, ao longo do tempo, a escravização e outras práticas sociais e econômicas de dominação (Almeida, 2019).

Atualmente, embora seja amplamente reconhecido que os seres humanos não apresentam diferenças significativas no código genético, independentemente das características físicas e/ou culturais, e que, portanto, do ponto de vista biológico e científico, raças não existem (Munanga, 2004), o conceito de raça continua a ser um núcleo semântico em torno do qual se organizam sistemas identitários e ideológicos de organização social (Mendes, 2012).

Dessa forma, o conceito de “raça” é utilizado neste estudo no sentido sociológico, e não na acepção comumente atribuída pelas Ciências Naturais (Santos; Silva, 2018). Em consonância com Coelho (2009), a raça é entendida como um conceito que reflete uma conformação sociocultural, rejeitando, dessa forma, a visão reducionista do termo propagada pelo chamado “racismo científico” ao longo de muitos anos.

2.1.1.1 *Especificidades da raça no Brasil: o sistema de classificação racial e as influências da política de branqueamento e do mito da democracia racial*

O sistema de classificação racial pode se alterar de país para país, podendo ter como base a origem étnica e/ou racial, a cor, a nacionalidade ou o grupo cultural. Em alguns países, inclusive, as pessoas podem se autoclassificar em mais de uma categoria. Contudo, independentemente dessa miríade de possibilidades, esses sistemas de classificação engendram uma matriz de iniquidades (Oliveira, 2017).

Adicionalmente, os indivíduos autodeclarados como pretos e pardos podem ser agrupados em um único grupo, devido à sua história compartilhada de escravidão, exploração econômica, estigmatização social e marginalização política no Brasil. Esse grupo é comumente denominado como negro, conforme reafirmado no Estatuto da Igualdade Racial (Brasil, 2010).

Segundo Osorio (2003), o sistema brasileiro de classificação racial possui mais de um século de história. No censo de 1872 a classificação racial utilizada foi: preto, pardo, branco e caboclo para os grupos indígenas. No segundo censo brasileiro, o de 1890, o termo “pardo” foi substituído por “mestiço”. Entre 1890 e 1940, a classificação racial da população foi desconsiderada nos censos. Em 1940, o censo brasileiro passou a classificar a população pela cor: preto, pardo, branco e amarelo. Em 1970, o sistema de classificação racial foi novamente excluído do censo, e somente a partir de 1980 o quesito voltou a ser incluído. Finalmente, foi a partir do censo de 1991, com a inclusão da categoria indígena, que a classificação passou a ser de “cor ou raça”: branca, preta, parda, amarela e indígena.

Em relação à identificação, é fundamental destacar que, no contexto brasileiro, o sentimento de pertencimento constitui a matriz da classificação racial, sendo que essa autoatribuição pode refletir o pensamento político e as características sociais da sociedade brasileira (Oliveira, 2017).

A discussão da identificação racial no Brasil não pode ser realizada sem o resgate do processo de escravização do povo negro. Inicialmente, é importante lembrar que a escravização negra no Brasil, assim como em todas as colônias da América, foi o condicionante da manutenção e organização do processo de acumulação primitiva de capitais nas metrópoles. Partindo da premissa de que a colonização das Américas estava intimamente ligada à reprodução do capitalismo comercial, o papel do negro foi decisivo na construção e na continuidade econômica

do império europeu. A ausência do trabalho escravizado implicaria a inexistência de uma estrutura econômica no Brasil, já que todo o processo produtivo do país estava fundamentado no suor e no trabalho dos corpos negros, tanto nas plantações de cana-de-açúcar, quanto na mineração (Da Cruz, 2018).

Na segunda metade do século XIX, após a proibição do tráfico interatlântico de escravizados, com o incentivo do governo arquitetou-se no Brasil o ideal do branqueamento como uma política nacional de promoção de imigração europeia. Esse projeto visava suprir a escassez de mão de obra resultante da abolição da escravidão, ao mesmo tempo em que buscava modernizar o país por meio da atração de trabalhadores estrangeiros (Neves; Silva, 2019).

A “arianização progressiva” tornou-se uma proposta de política pública, com o objetivo de reduzir a população negra por meio da miscigenação com a raça branca, considerada “superior”. A arianização era entendida como uma solução civilizatória para o Brasil. Nesse processo de “seleção natural”, a extinção do negro seria promovida de três formas: I) pela seleção social, segundo a qual a raça branca seria considerada mais forte e bela, e, por isso, dominadora; II) pela seleção patológica, relacionada às condições precárias de vida, que acarretariam maior exposição a doenças; e III) pela seleção econômica, uma vez que a situação de pobreza em que viviam os negros reduziria suas expectativas de vida. A “seleção progressiva” entendia a extinção do negro como algo natural e inevitável, parte integrante do projeto de branqueamento. Esse era o objetivo político da época. Assim, na República, tornou-se indesejável a presença de uma raça que, no contexto eugênico, deveria desaparecer (Maia; Zamora, 2018),

No início do século XX, com a institucionalização da política de branqueamento, os recortes de jornais do Movimento Negro da época evidenciavam os efeitos dessa política na sociedade. A população negra, recém-liberta da escravidão, enfrentava grandes desafios para se inserir socialmente, e havia uma clara associação entre essa inserção e o processo de branqueamento (Maia; Zamora, 2018).

Fragmentos de anúncios de jornais, como os publicados no *A voz da raça*, veículo do movimento negro paulista nos anos 1930, exemplificam essa realidade. Um dos anúncios, por exemplo, dizia: “Frente-Negrinas: Quereis ter os vossos cabelos lisos e sedosos! A preços razoáveis, procurai a cabelizadeira Frente-Negrina”; e outro, relacionado a uma oficina de costura, afirmava: “Grande Oficina de Costuras da F. N. B. Especialidade em roupas brancas, para homens e senhoras. Enxovais para noivas,

batizados e colegiais” (A voz da raça, 1933). Esses fragmentos de propaganda destacam a desqualificação da estética e da cultura negra, um estigma que persiste até os dias de hoje. A continuidade da política de branqueamento gerou um legado de sofrimento psíquico e social, cujos efeitos ainda são visíveis na sociedade brasileira. Tal política resultou no fortalecimento da supremacia da “cor branca” nas interações cotidianas, influenciando as relações sociais entre diferentes cores e etnias no país.

A partir da década de 1920, emerge no Brasil o mito da democracia racial, que se consolidou no imaginário social com base na ideia de que o racismo havia sido superado (Lewgoy, 2006). A crença na democracia racial, como ideal de igualdade e de respeito, tornou-se um consenso na sociedade brasileira nos anos 1950, atingindo seu ápice na década seguinte, propondo a harmonia entre as diferentes raças. Assim, a ideia de que o Brasil seria uma sociedade sem barreiras legais que impedissem a ascensão social de pessoas negras a cargos oficiais ou a posições de riqueza e prestígio foi difundida em todo o mundo, principalmente nos Estados Unidos e na Europa (Guimarães, 2002; Neves; Silva, 2019). Contudo, esse mito deu origem a uma das formas mais insidiosas de racismo: o racismo velado, que se camuflava sob o status liberal e democrático do país, mascarando as iniquidades raciais e sociais que persistiam (Munanga, 2000).

Para Guimarães (2002), a realidade social estruturada pelo ideal de branqueamento e pelo mito da democracia racial manteve intacto o padrão de relações raciais no Brasil, bloqueando a implementação de políticas que pudessem corrigir as iniquidades raciais no país, uma vez que, teoricamente, estas não existiam. Além disso, o processo de construção da identidade do negro permanece doloroso, como aponta Munanga (2004). A dificuldade enfrentada pela maioria da população brasileira para se identificar racialmente é fruto da longa história de busca pelo branqueamento e da negação do racismo (Neves; Silva, 2019).

A resistência negra contemporânea luta para reverter essas iniquidades, reafirmando a cultura e a ancestralidade negra e rompendo com o processo de embranquecimento. Para entender as consequências desse processo, é essencial analisar seus efeitos na subjetividade atual. A relação entre coloridade e iniquidades sociais ainda se mantém intimamente ligada à política de embranquecimento, que consolidou um gradiente de privilégios e exclusões (Maia; Zamora, 2018).

O colorismo, ou pigmentocracia, emerge como uma forma de discriminação baseada na cor da pele, onde quanto mais escura a tonalidade da pele de uma

pessoa, maior a sua chance de sofrer exclusão na sociedade (Silva, 2017). É uma realidade que pessoas negras de pele mais clara têm, muitas vezes, maior acesso a espaços sociais, serviços de saúde e vínculos sociais do que aquelas com tons de pele mais escuros, o que gera e perpetua sofrimento. Esses efeitos são resquícios dos processos históricos de subjetivação racial relacionados ao projeto de embranquecimento, que não foi uma escolha do povo negro, mas uma imposição estatal, acolhida por uma sociedade brancocêntrica, racista e escravagista. Compreender o colorismo como reflexo da política de branqueamento leva à reflexão sobre como os efeitos dessa política se atualizam na contemporaneidade, dificultando a plena aceitação da identidade negra, o reconhecimento da ancestralidade e a garantia de direitos dos negros (Maia; Zamora, 2018).

Apesar de todo o exposto, ainda existem aqueles que sustentam a ideia de que o preconceito de cor no Brasil é apenas uma questão de classe, e que, portanto, não há barreiras raciais no país. Ao defender essa perspectiva, ignoram a realidade de uma população negra que continua sendo marginalizada e excluída, enfrentando um bloqueio quase intransponível e uma forma de dominação racial que é, ao mesmo tempo, hipócrita, cruel e disfarçada. Essa dinâmica perpetua a exploração do negro, limita suas oportunidades sociais e, paradoxalmente, constrói uma imagem de harmonia e igualdade racial no Brasil (Da Cruz, 2018).

Assim, a situação da população negra no Brasil é marcada por um complexo emaranhado de crenças, que, transmitidas ao longo de gerações, tornam a realidade racista do país frequentemente invisível ou incompreensível para grande parte da população (Neves; Silva, 2019).

No entanto, as desvantagens enfrentadas por pretos e pardos no Brasil estão longe de ser invisíveis. Em pleno século XXI, essas populações continuam a enfrentar iniquidades em diversas áreas, como infraestrutura urbana, habitação, acesso à educação e saúde, justiça, mercado de trabalho e distribuição de renda, evidenciando que a democracia racial no país permanece sendo um mito (Munanga, 2004).

Diante disso, conclui-se que, embora o conceito de raça não tenha fundamentação biológica, culturalmente e socialmente ele deve ser reconhecido. Isso é fundamental, não apenas para desvelar e desconstruir o racismo, mas também para legitimar a diversidade das culturas e garantir a igualdade de reconhecimento e respeito entre os diferentes grupos.

Essas construções históricas e simbólicas moldaram as estruturas institucionais e sociais, sendo elementos centrais na configuração do racismo, que será discutido na próxima seção.

2.1.2 Racismo

Compreendido o conceito de raça, torna-se possível entender o fenômeno do racismo, uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento (Almeida, 2019).

No entanto, antes de adentrar neste conceito, é necessário distinguir o racismo de outros termos também associados à ideia de raça, como preconceito e discriminação racial. Embora haja uma inter-relação entre esses conceitos, eles apresentam diferenças (Almeida, 2019), e a falta de clareza sobre essas distinções contribui para uma compreensão simplista do racismo, comum no imaginário coletivo (DiAngelo, 2018).

O preconceito racial consiste em um juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos pertencentes a um determinado grupo racializado, podendo ou não resultar em práticas discriminatórias (Almeida, 2019). Uma definição frequentemente mencionada na literatura descreve o preconceito como “um julgamento prévio, rígido e negativo sobre um indivíduo ou grupo, efetuado antes de um exame ponderado e completo, e mantido rigidamente, mesmo em face de provas que o contradizem” (Outhwaite; Bottomore, 1996).

Por outro lado, a discriminação racial refere-se à ação fundamentada no preconceito (DiAngelo, 2018). Ou seja, é a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados (Almeida, 2019), incluindo não apenas ações que causam prejuízo ou desvantagem a um grupo, mas também aquelas que favorecem de forma injusta o grupo perpetrador, gerando desvantagens relativas (Dovidio et al., 2010). Assim, pode-se afirmar que, enquanto o preconceito é um fenômeno pertencente ao campo das ideias e dos processos mentais, a discriminação está necessariamente situada no campo das ações e dos comportamentos (Bastos; Faerstein, 2012).

O racismo, por sua vez, vai além de um preconceito ou ato discriminatório, ou mesmo de um conjunto de atos. Embora frequentemente se materialize por meio de atitudes discriminatórias interpessoais, o racismo se define por seu caráter sistêmico.

Trata-se de um processo social no qual condições de subalternidade e de privilégio são distribuídas entre os grupos raciais e se reproduzem nos âmbitos político, econômico e nas relações cotidianas (Almeida, 2019; Bonilla-Silva, 2021). Para Werneck (2005), o racismo é um fenômeno ideológico, um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades.

Nos debates sobre a questão racial, é possível encontrar uma diversidade de definições e concepções de racismo. Almeida (2019) apresenta três concepções de racismo: estrutural, institucional e individualista. Jones (2000), por sua vez, o classifica em institucionalizado, mediado pessoalmente e internalizado. Outra concepção frequentemente empregada é a do racismo sistêmico (Bonilla-Silva, 2021). A seguir, serão apresentadas as principais concepções de racismo difundidas na literatura, que embasaram a fundamentação teórica deste estudo.

2.1.2.1 Racismo sistêmico, estrutural e institucional

Racismo sistêmico e estrutural referem-se a formas de racismo profundamente enraizadas em sistemas, leis, políticas (escritas ou não escritas), práticas arraigadas, crenças e atitudes estabelecidas que produzem, toleram e perpetuam o tratamento injusto generalizado de pessoas racializadas (Braveman et al., 2022). Embora alguns autores façam distinção entre esses dois conceitos, no presente estudo ambos são empregados de forma intercambiável, conforme apresentado por Bonilla-Silva (2021).

Falar de racismo estrutural (ou sistêmico) não implica tratar de um "tipo" específico de racismo, mas sim reconhecer que o racismo é uma característica fundamental da organização econômica e política da sociedade. Como argumenta Almeida (2019), o racismo é sempre estrutural, pois está intrinsecamente ligado à estrutura social. Nesse sentido, comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade em que o racismo é a norma, e não a exceção (Almeida, 2019; Bonilla-Silva, 2021).

Gee et al. (2009) utilizam a metáfora do iceberg para ilustrar o racismo. A parte visível do iceberg representa o racismo explícito, manifestado em discriminação flagrante e crimes de ódio, formas de racismo que podem ser relativamente fáceis de identificar. Já a base do iceberg – que é muito maior e geralmente invisível e oculta – simboliza o racismo sistêmico e estrutural. Essa é a parte mais perigosa, pois está tão

incorporada aos sistemas que frequentemente é vista como a ordem natural e inevitável das coisas (Braveman et al., 2022; Gee et al., 2009).

O racismo também se manifesta de maneira profunda nas instituições, originando o conceito de racismo institucional. Sob essa perspectiva, o racismo é tratado como o resultado do funcionamento das instituições, que, mesmo que indiretamente, geram desvantagens e privilégios com base na raça (Almeida, 2019). Assim, o racismo se instaura no cotidiano institucional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, resultando em iniquidades amplamente disseminadas (López, 2012). A iniquidade racial, portanto, não é um produto de ações isoladas de grupos ou indivíduos racistas, mas uma característica estrutural da sociedade, em grande parte devido à hegemonia de certos grupos raciais nas instituições, que utilizam mecanismos institucionais para promover seus interesses políticos e econômicos (Almeida, 2019).

Hamilton e Kwame (1967), primeiros autores a utilizar o termo "racismo institucional", argumentam que as instituições desempenham um papel fundamental na consolidação da supremacia branca, ou mais amplamente, da supremacia de um determinado grupo racial, ao atuar na formulação de regras e padrões sociais que conferem privilégios a esse grupo. O racismo institucional posiciona membros de grupos racialmente discriminados em desvantagem no acesso aos benefícios gerados pelo Estado e por outras instituições ou organizações (López, 2012).

É importante destacar que as instituições são a materialização de uma estrutura social ou de um sistema de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos. Dessa forma, pode-se afirmar que as instituições são racistas porque refletem uma sociedade racista. Ou seja, o racismo não é algo originado pela instituição, mas é por ela perpetuado. No entanto, isso não desconsidera o papel das instituições na manutenção do racismo. Em uma sociedade em que o racismo está presente na vida cotidiana, instituições que não abordam ativamente a iniquidade racial e que não tratam o racismo como um problema a ser enfrentado, irão facilmente reproduzir práticas racistas que já foram normalizadas pela sociedade (Almeida, 2019).

2.1.2.2 Racismo interpessoal e internalizado

O racismo interpessoal caracteriza-se pela manifestação de preconceitos e discriminações direcionadas a indivíduos com base em sua raça. Envolve suposições acerca das habilidades, intenções e motivações de uma pessoa racializada, bem como diferenças de tratamento resultantes dessa categorização. Esse tipo de racismo pode ser intencional ou não intencional, e abrange tanto atos de ação quanto de omissão (Jones, 2000). Ele se expressa através de atitudes como desrespeito, atendimento precário ou inexistente, falta de informação sobre direitos, desconfiança, hipervigilância e até mesmo comportamentos mais sutis, como atravessar a rua ou apertar a bolsa ao cruzar com pessoas negras (Jones, 2002).

Durante os séculos de escravização de pessoas negras e colonização de povos indígenas, o racismo era expresso de maneira explícita, refletindo as normas sociais da época, que eram pautadas pela discriminação e exploração. Contudo, após a Segunda Guerra Mundial, ocorreram mudanças históricas significativas, como a emergência dos movimentos pelos direitos civis nos Estados Unidos, os movimentos de libertação de antigas colônias europeias, as consequências do nazismo e a Declaração dos Direitos Humanos. A partir desse período, as formas de expressão do racismo mudaram consideravelmente, passando para manifestações mais sutis e encobertas. Embora as expressões flagrantes de racismo tenham se tornado menos frequentes, elas ainda persistem e continuam a gerar consequências nefastas para os grupos estigmatizados (Lima; Vala, 2004).

Entre as novas formas de expressão do racismo interpessoal, destacam-se o racismo moderno (McConahay; Hough, 1976; Pedersen; Walker, 1997), o racismo simbólico (Kinder; Sears, 1981), o racismo aversivo (Gaertner; Dovidio, 1986), e o racismo cordial, este último característico do contexto brasileiro (Turra; Venturi, 1995).

O racismo moderno e o simbólico compartilham a suposição de que os negros têm recebido mais benefícios do que merecem e que estariam violando valores centrais da cultura dominante. De uma maneira sintética, o racismo moderno se baseia em 4 crenças principais: I) a ideia de que a discriminação é uma coisa do passado e que as oportunidades estão igualmente disponíveis; II) a percepção de que os negros ascendem rapidamente a posições nas quais não são bem-vindos; III) a avaliação negativa dos meios e demandas utilizadas pelos negros para obter equidade; e IV) a crença de que os benefícios conquistados não são merecidos, sendo resultado de concessões excessivas das instituições (McConahay; Hough, 1976).

O racismo aversivo refere-se a atitudes presentes em indivíduos que, embora defendam valores igualitários, experienciam sentimentos negativos ao se relacionarem com pessoas negras. Os sentimentos negativos, no caso do racismo aversivo, não envolvem hostilidade ou ódio, mas sim desconforto, nervosismo, ansiedade e, por vezes, medo das pessoas negras. Esses sentimentos geram mais a evitação do contato próximo do que comportamentos destrutivos ou violentos propriamente ditos (Gaertner; Dovidio, 1986).

Uma expressão de racismo tipicamente brasileira é o chamado racismo cordial, uma forma de discriminação que se caracteriza por uma polidez superficial que encobre atitudes e comportamentos discriminatórios. Manifesta-se por meio de piadas, ditos populares e comentários de cunho racial disfarçados de "brincadeiras" (Turra; Venturi, 1995). Apesar de sua aparente falta de intenção e sutileza na expressão, o racismo à brasileira não tem nada de "cordial". Trata-se apenas de uma forma de "aperfeiçoamento" do seu *modus operandi*, em decorrência das lutas do próprio movimento negro ao longo das últimas décadas e da criminalização do racismo. Contudo, ele continua a exercer um papel crucial na manutenção do sistema de opressão (Fredrich; Coelho; Sanches, 2022).

Além das consequências do racismo interpessoal, pessoas negras podem internalizar as mensagens negativas oriundas de uma sociedade racista, manifestando comportamentos e crenças que refletem essa opressão. Esse fenômeno é denominado racismo internalizado ou autoestereotipagem. Refere-se à aceitação, como verdadeiras, das ideias socialmente difundidas sobre a inferioridade biológica e/ou cultural dos grupos racializados (Williams; Mohammed, 2013; Williams; Priest, 2015).

O racismo internalizado pode se manifestar de múltiplas formas, como a valorização de traços associados à branquitude, meio de práticas como o alisamento do cabelo, uso de cremes descolorantes ou a hierarquização de tons de pele dentro da própria comunidade negra; a autodesvalorização racial, que pode se refletir em calúnias, apelidos e rejeição da cultura ancestral; bem como sentimentos persistentes de impotência, resignação e desesperança, emoções frequentemente observadas entre pessoas negras submetidas às pressões de uma sociedade racista (Jones, 2000).

2.2 RACISMO E A BRANQUITUDE

Historicamente, a “raça” tem sido uma questão atribuída à cultura negra e o racismo compreendido como um fardo a ser carregado pelas pessoas negras (DiAngelo, 2018). Nesse contexto, é comum que os estudos críticos sobre as relações raciais se concentrem predominantemente na população negra. A partir da década de 1990, contudo, os estudos sobre a branquitude começaram a ganhar visibilidade, ampliando o foco da análise e passando a considerar os sujeitos brancos como parte constituinte e beneficiária do sistema racista (Oliveira; Resende, 2020).

Um exemplo emblemático desse deslocamento pode ser observado na resposta de Richard Wright, importante escritor e militante antirracista norte-americano nos anos 20, ao ser questionado por um jornalista francês, em 1946, sobre o “problema negro”. Sua resposta foi direta: “Não há nenhum problema negro; há apenas um problema branco” (DiAngelo, 2018).

No entanto, os brancos estão inseridos em estruturas sociais que não apenas os protegem como também os isentam de responsabilidade pelas tensões e hierarquias geradas pelo racismo sistêmico. Dentro dos estudos da branquitude, destacam-se conceitos centrais que ajudam a compreender os mecanismos que sustentam essas hierarquias raciais. Entre eles, a “fragilidade branca”, formulada por DiAngelo (2018), e o “pacto narcísico da branquitude”, proposto por Bento (2022).

DiAngelo (2018), em sua obra *Não basta não ser racista, sejamos antirracistas*, destaca a dificuldade que pessoas brancas têm em se reconhecer em termos raciais. Permito-me aqui utilizar a primeira pessoa para concordar que nós, brancos, não aprendemos a nos perceber como brancos ou a considerar que isso possa ter implicações significativas em nossas vidas. Mesmo quando desenvolvemos certa consciência sobre o papel da raça na sociedade, tendemos a direcionar a discussão racial à “raça dos outros”, e não na nossa. Assim, nos retiramos da centralidade do problema e nos isentamos de culpa.

Ruth Frankenberg, uma das primeiras estudiosas brancas no campo dos estudos da branquitude, define a branquitude como um lugar de neutralidade construída e, por isso, não nomeada, tampouco problematizada (Frankenberg, 2004). No entanto, as sociedades, direitos, bens, recursos e privilégios foram construídos a partir da lógica da branquitude. Esta consiste no meio de dominação, o fim para qual a dominação aponta e o ponto de dominação que nunca cessa (DiAngelo, 2018).

Para Frankenberg (2004), a branquitude é um fenômeno multidimensional. Assim, suas dimensões incluem: i) uma posição de vantagem estrutural; ii) um ponto de vista a partir do qual os brancos olham para si mesmos e para os outros; e iii) um conjunto de práticas culturais não nomeadas e não reconhecidas. A ideia de que a branquitude é uma posição de vantagem estrutural implica em reconhecer que ser branco é estar em uma posição privilegiada dentro da sociedade e das instituições, sendo aceito e garantindo os benefícios dessa posição. Isso porque os brancos controlam as instituições mais importantes da sociedade e estabelecem as políticas que orientam as vidas dos demais grupos. Em segundo lugar, entender a branquitude como um ponto de vista equivale a dizer que um aspecto significativo da identidade branca é se ver como um indivíduo alheio ou isento de raça, “simplesmente humano”. Esse ponto de vista considera os brancos e seus interesses como centrais e representativos da humanidade como um todo. Os brancos ainda produzem e reforçam as narrativas sociais dominantes, tais como individualismo e meritocracia, e usam tais narrativas para explicar as posições de outros grupos raciais. Por fim, a compreensão da branquitude como um conjunto de práticas culturais não reconhecidas pelos brancos é entender o racismo como uma rede de normas e de ações que criam vantagens para os brancos e desvantagens para os negros. As dimensões do racismo que beneficiam os brancos normalmente são invisíveis para eles, o que impede o reconhecimento do privilégio branco e das normas que o sustentam (Frankenberg, 2004; DiAngelo, 2018).

Reconhecer a branquitude ou admitir que ela oferece uma vantagem estrutural indevida representa uma ameaça à identidade branca e tende a provocar reações defensivas — fenômeno que DiAngelo (2018) denominou de “fragilidade branca”. Trata-se de uma resposta emocional intensa diante de qualquer contestação ao conforto racial dos brancos, frequentemente expressa como indignação moral, negação ou vitimização. Embora motivada por desconforto e ansiedade, a fragilidade branca está sustentada por uma sensação de direito e superioridade, funcionando como mecanismo eficaz de controle social e preservação das vantagens raciais. Essas vantagens são descritas como “privilégio branco”, um conceito sociológico que designa os benefícios naturalizados experimentados pelos brancos, mas inacessíveis às pessoas não brancas nas mesmas condições (DiAngelo, 2018).

O apagamento da presença e das contribuições negras na história das instituições e da sociedade é uma das consequências diretas desse privilégio.

Instituições públicas, privadas e da sociedade civil constroem seus modos de funcionamento (valores, práticas, ferramentas e lideranças) a partir de uma lógica que normatiza a branquitude e marginaliza o que dela diverge. Conforme Bento (2022), esse comportamento configura o que se denomina “pacto narcísico da branquitude”, uma estratégia que possui um componente narcísico de autopreservação diante do que é percebido como ameaça ao que se construiu como “normal” ou “universal”. Essa percepção de ameaça é central na gênese do preconceito.

O silenciamento, as atitudes defensivas e outras formas de contra-ataque por parte de pessoas brancas em relação ao racismo não são respostas naturais, mas sim expressões de forças sociais que dificultam a construção de uma consciência racial crítica, ao mesmo tempo em que sustentam a hierarquia racial como ela se encontra (DiAngelo, 2018). Tais forças estão enraizadas em ideologias como o individualismo e a meritocracia, que defendem que basta o desejo individual para alcançar a ascensão social, econômica e cultural. A meritocracia está diretamente ligada ao apagamento da conscientização sobre o racismo estrutural, das iniquidades sociais e educacionais e das exclusões da população não branca (Dias; Andrade, 2023).

Portanto, ampliar o foco da análise racial para incluir o legado simbólico e material da branquitude é fundamental para compreender as iniquidades raciais contemporâneas. Ao deslocar o olhar para o papel ativo da branquitude na manutenção dessas iniquidades, cria-se a possibilidade de redefinir seu lugar na sociedade e, assim, enfrentar de forma mais efetiva o racismo (Instituto Ibirapitanga, 2021).

2.3 RACISMO E A PESQUISA CIENTÍFICA

A pesquisa científica desempenhou um papel importante na construção e na validação do racismo na sociedade. Ao longo dos anos, o estudo sistemático dos construtos relacionados ao preconceito e à discriminação passou por diversas transformações (Bastos; Faerstein, 2012), as quais merecem uma análise aprofundada.

2.3.1 Evolução histórica do racismo enquanto objeto de pesquisa: do racismo científico à pesquisa antirracista

Durante o século XIX e o início do século XX, praticamente toda a reflexão científica acumulada principalmente na Europa e nos Estados Unidos tratava a questão da raça e a superioridade/inferioridade racial como fatos inquestionáveis e naturais. As teorias raciais propagadas nesse período baseavam-se no racismo científico, que postulava que a humanidade estava dividida em raças, e que essas raças formavam uma hierarquia biológica, com os brancos ocupando a posição superior (Santos; Silva, 2018). Naquele contexto, desenvolviam-se até mesmo testes de inteligência que "comprovavam" a superioridade da chamada raça branca. Dessa forma, a inferioridade dos grupos considerados inferiores era vista como algo natural e cientificamente justificado, o que legitimava sua exploração e a manutenção de sua segregação em relação aos indivíduos considerados superiores (Bastos; Faerstein, 2012).

No Brasil, o racismo científico apoiou uma pauta importante: a discussão sobre a mistura de raças. Para Guimarães (1999), a ideia de "embranquecimento" surgiu como uma tentativa de racionalizar os sentimentos de inferioridade racial alimentados pelo racismo científico do século XIX. A tese do branqueamento baseava-se na presunção da superioridade branca, propondo que a população negra diminuiria progressivamente em número em relação à branca e que a miscigenação levaria, "naturalmente", à formação de uma população mais clara. Esse processo era explicado pela ideia de que o "gene branco" seria mais forte, e as pessoas tenderiam a escolher parceiros mais claros, contribuindo para o reforço da supremacia branca (Santos; Silva, 2018).

A partir de 1920, época já menos marcada pelo racismo científico, iniciou-se o que foi denominado como a primeira grande tendência nos estudos sobre preconceito, estereótipo e discriminação. As pesquisas dessa fase focavam em medir e descrever o problema, de modo a propiciar seu monitoramento. Nesse contexto, o preconceito era entendido como um fenômeno inerente à humanidade e parte de processos psicológicos normais, tais como os mecanismos de defesa. A solução proposta era tornar as categorias sociais mais similares entre si, isto é, fazer mais semelhantes as vítimas e os perpetradores dos vieses sociais. Porém, a partir da Segunda Guerra Mundial, especialmente devido ao caráter genocida e eugênico da guerra, o

preconceito deixou de ser visto como um processo intrapsíquico normal, sendo reinterpretado como uma expressão de carência interior, associada a um tipo particular de “personalidade perturbada”. Os estudiosos pressupunham que a origem do preconceito estaria nas relações familiares, em sentimentos de desajustamento pessoal e em processos psicodinâmicos específicos. Assim, a predisposição ao preconceito e à discriminação passou a ser vista como uma característica de sujeitos “doentes” (Bastos; Faerstein, 2012).

Já entre 1960 e 1990, ocorreram rupturas importantes com essas abordagens. A ênfase nos aspectos psicológicos do preconceito e da discriminação foi reduzida, dando espaço para as abordagens sociológicas, que passaram a ser mais valorizadas. Do ponto de vista sociopolítico, emergiu uma compreensão de que as iniquidades entre os grupos sociais, em suas dimensões econômica, política e social, deveriam ser combatidas para a redução da discriminação e do preconceito (Bastos; Faerstein, 2012).

A partir de 1990 surge, finalmente, a terceira grande tendência nos estudos sobre preconceito e discriminação, uma perspectiva que até hoje se mantém relevante. Essa nova abordagem privilegia uma perspectiva multidimensional do preconceito, reconhecendo-o como um fenômeno complexo, influenciado por ideologias, diferenças individuais e relações de poder (Bastos; Faerstein, 2012). Nesse contexto, a partir dos anos 1990, o papel do racismo como determinante dos padrões de iniquidades étnico-raciais, inclusive suas repercussões na saúde, passou a ser cada vez mais investigado e reconhecido na literatura científica, dando origem a uma linha crescente de pesquisas antirracistas (Bastos; Constante; Jamieson, 2021).

2.3.2 Metodologias para a mensuração do racismo

Um desafio frequentemente enfrentado pelos pesquisadores dessa área refere-se às formas de mensuração do racismo. Sendo um fenômeno complexo, sua abordagem apresenta desafios teóricos e metodológicos (Fattore et al., 2016; Lamenha-Lins et al., 2022).

2.3.2.1 Mensuração do racismo estrutural

Apesar de sua importância, a pesquisa empírica tem avançado de maneira lenta no que tange à quantificação do racismo estrutural e ao impacto que este exerce na saúde dos indivíduos (Hardeman et al., 2022).

A literatura sobre os efeitos do racismo na saúde tem se concentrado predominantemente em percepções individuais de discriminação ou tratamento injusto durante as interações interpessoais (Gross et al., 2018). Embora seja inegavelmente importante estudar e discutir a discriminação interpessoal, seu papel isolado não é suficiente para abordar de forma abrangente as iniquidades sociais (Lamenha-Lins et al., 2022). Como destacam Williams, Lawrence e Davis (2019), o racismo estrutural é a forma mais relevante por meio da qual o racismo afeta a saúde.

Contudo, não há consenso sobre a melhor maneira de operacionalizar o racismo estrutural para estudar seus efeitos na saúde da população (Riley, 2018). As dificuldades na operacionalização de medidas de racismo estrutural decorrem da sua própria natureza, como uma característica de fato complexa e insidiosa de nossa sociedade (Gross et al., 2018). Assim, o desenvolvimento de medidas sólidas de racismo estrutural configura-se como uma questão urgente de saúde pública (Braveman et al., 2022; Hardeman et al., 2022).

Os estudos sobre o tema devem buscar compreender "onde", "quando" e "como" essas estruturas são originadas e perpetuadas, a fim de desenvolver estratégias eficazes para a sua desarticulação e, conseqüentemente, para a redução das iniquidades (Lamenha-Lins et al., 2022).

Uma limitação das pesquisas sobre racismo estrutural diz respeito à disponibilidade de dados sobre os níveis estruturais (Williams; Lawrence; Davis, 2019). Krieger (2020) ressalta que os tipos de medidas estruturais que podem ser usadas variam conforme o contexto social e histórico. As investigações sobre o tema têm incorporado medidas de diferentes domínios, sistemas e instituições, habitação, educação, emprego, rendimentos, benefícios, crédito, mídia, saúde, justiça criminal, crenças e valores sociais, entre outros (Bailey et al., 2017). Outros pesquisadores, como Bailey et al. (2017) e Gross et al. (2018), incentivam os estudiosos a investigar de forma mais aprofundada os impactos contínuos das leis de seguridade social, iniquidades ambientais e de saúde ocupacional, mídia e marketing, investimentos em bairros e o impacto subsequente na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde, além de temas como os efeitos dos projetos de “renovação urbana”, educação,

supressão do direito de voto e aspectos mais sutis do sistema de justiça criminal, como o número de prisões e o percentual de encarceramento.

Os dados mais frequentemente usados para medir o racismo estrutural geralmente se baseiam em estimativas populacionais de censos. No entanto, esses dados publicamente disponíveis concentram-se principalmente na composição da unidade geográfica que está sendo analisada, e não no contexto que se acredita estar afetando os residentes. Nesse sentido, para expandir a medição do racismo estrutural, é relevante buscar novas fontes de dados que capturem aspectos pouco explorados dessa forma de racismo (Hardeman et al., 2022).

A revisão sistemática realizada por Gross et al. (2018) revelou que o racismo estrutural nos padrões de habitação residencial foi o mais frequentemente avaliado, incluindo índices de segregação residencial racial. Além do uso de dados secundários, também foram identificados estudos que utilizaram respostas autorrelatadas para quantificar a experiência de racismo estrutural vivida pelos indivíduos.

A escolha da unidade de área mais apropriada para a medição do racismo estrutural tem sido um tema de debate entre os estudiosos. Medir o racismo estrutural em diferentes escalas geográficas (como setor censitário, município ou estado) pode gerar o problema da unidade de área modificável, contribuindo para descobertas inconsistentes sobre o efeito na saúde do racismo estrutural. Esse problema surge porque os limites projetados para agrupar populações são arbitrários – meras aproximações da demografia da população subjacente. À medida que os limites mudam, tanto o denominador quanto os numeradores do que foi medido também mudam. Para minimizar o impacto do problema da unidade de área modificável na pesquisa sobre racismo estrutural e saúde, a unidade de área de medida deve ser escolhida de forma que faça sentido no contexto do estudo. Por exemplo, para estudar o impacto de políticas e práticas racistas que visam manter os negros fora de bairros predominantemente brancos, pode-se utilizar grupos de blocos censitários, por exemplo, como unidades de medida. Para examinar o papel dos estados como agentes racializados, a medição no nível estadual seria mais apropriada. Em relação ao racismo estrutural no mercado de trabalho, que não possui fronteiras rígidas, foi proposta a mensuração por zonas de deslocamento (Hardeman et al., 2022).

O bairro tem sido um nível geográfico muito utilizado nos estudos sobre racismo estrutural (Riley, 2018). A literatura indica que indivíduos pertencentes a um mesmo agrupamento populacional, como aqueles residentes em um mesmo bairro, podem

compartilhar um número maior de características em comum, incluindo a situação de saúde, quando comparados a outros agrupamentos. Essa semelhança pode ser explicada pelo efeito contextual, em que as condições da vizinhança contribuem para a saúde de todos os indivíduos de maneira semelhante, ou pelo efeito composicional, no qual os moradores do bairro possuem características individuais em comum (Diez-Roux; Mair, 2010; Höfelmann et al., 2013; Santos, 2017). No estudo do racismo estrutural, entende-se que o agrupamento observado de comportamentos e resultados de saúde em ambientes hiperlocais é, em parte, um reflexo do contexto do bairro e não apenas das características individuais dos moradores. Esse agrupamento é, em parte, uma consequência da segregação residencial racial e das práticas e políticas institucionais e individuais que criam e perpetuam a separação física das comunidades brancas (Hardeman et al., 2022).

A forma como o bairro é operacionalizado na pesquisa tem variado consideravelmente. As decisões sobre o que constitui um bairro são muitas vezes determinadas pela disponibilidade de dados e não levando em consideração como as comunidades se definem ou o que é mais relevante para responder à questão de pesquisa (Harderman et al., 2022).

Muitos estudos utilizam a vizinhança de residência como unidade contextual de análise, pois ela possui elementos físicos e sociais que podem afetar a saúde das pessoas (Diez-Roux; Mair, 2010). Existem diferentes ferramentas para mensurar as características físicas e sociais da vizinhança. Essas ferramentas incluem dados coletados por pesquisas censitárias, sistemas de informação geográfica ou a própria percepção do indivíduo. Cada uma dessas ferramentas apresenta potencialidades e limitações próprias, e cabe ao pesquisador determinar qual é mais apropriada, dependendo do desenho do estudo (Célio, 2019).

Há diversos instrumentos que possibilitam caracterizar o ambiente de forma subjetiva, variando de acordo com o objetivo e população-alvo de cada estudo. Por meio desses instrumentos, é possível obter uma grande quantidade de variáveis, bem como avaliar um grande número de indivíduos, seja de forma individual ou por meio da construção de variáveis contextuais que descrevem o ambiente percebido, por meio da agregação das respostas individuais sobre os atributos do ambiente em uma unidade de contexto (Diez Roux; Mair, 2010; Santos, 2017).

Outra possibilidade é combinar medidas obtidas a partir da percepção dos residentes e medidas de levantamentos censitários. Estudos realizados dessa forma

tendem a encontrar relações mais fortes entre ambiente e resultados de saúde do que estudos que se baseiam apenas em dados agregados. Contudo, as evidências sugerem que ambas as formas de medidas, objetiva e subjetiva, podem influenciar de forma independente a saúde, permitindo que as medidas autopercebidas atuem como mediadoras nas associações entre características objetivas do ambiente e os resultados de saúde (Santos, 2017).

2.3.2.2 *Mensuração do racismo interpessoal*

Os efeitos da discriminação interpessoal sobre os resultados relacionados à saúde têm sido avaliados frequentemente por meio de escalas que mensuram experiências de discriminação. Essas escalas são desenhadas para questionar os participantes sobre suas vivências de discriminação racial, permitindo assim a análise da relação entre discriminação e problemas de saúde (Bastos; Faerstein, 2012).

A literatura científica apresenta uma variedade de instrumentos voltados à avaliação da discriminação em nível interpessoal, sendo a maioria deles desenvolvida no contexto norte-americano. Uma revisão sistemática realizada em 2010 identificou 24 instrumentos destinados a essa finalidade, sendo 23 desenvolvidos nos Estados Unidos — como o *Adolescent Discrimination Distress Index*, *Asian American Racism-Related Stress Inventory*, *Detroit Area Study Discrimination Scale*, *Everyday Discrimination Scale*, *Experiences of Discrimination*, *General Ethnic Discrimination Scale*, *Index of Race-Related*, *Index of Race-Related Stress / Brief version*, *Index of Race-Related Stress for African American Adolescents*, *Minority Student Stress Scale*, *Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire*, *Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire / Brief version*, *Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire / Community version*, *Perceived Racism Scale*, *Perceived Racism Scale for Latina/os*, *Perceptions of Racism Scale*, *Race-Related Stressor Scale for Asian American Vietnam Veterans*, *Racial Perceptions Inventory*, *Scale for the Effects of Ethnicity and Discrimination*, *Scale of Ethnic Experience*, *Schedule of Racist Events*, *Telephone-Administered Perceived Racism Scale*, *Workplace Prejudice / Discrimination Inventory* — e apenas um na Austrália, o *Measure of Indigenous Racism Experience* (Bastos et al., 2010).

No Brasil, os estudos sobre discriminação e saúde têm se apoiado principalmente no uso de quatro escalas: I) *Experiences of Discrimination* (EoD),

desenvolvida por Krieger et al. (2005) e validada para o contexto brasileiro por Fattore et al. (2016); II) Major Experiences of Discrimination Scale (MEDS), criada por Williams et al. (1997) e validada para o Brasil por Burgard et al. (2017); III) Schedule of Racist Events (SER), de Landrine e Klonoff (1996) e validada por Zubaran et al. (2020) para o contexto brasileiro; e IV) Escala de Discriminação Explícita (EDE), desenvolvida especificamente para o contexto brasileiro por Bastos et al. (2012) (Bastos; Reichenheim; Paradies, 2022).

A Escala de Discriminação Explícita (EDE) se destaca por, além de ser adaptada ao contexto brasileiro, possuir três características principais: I) sua maior capacidade de captar experiências de grupos sociais situados nas interseções de múltiplos eixos de marginalização, em comparação com escalas mais curtas; II) sua capacidade de captar múltiplas formas de discriminação, já que os entrevistados podem associar suas experiências a diversos marcadores sociais, como raça, gênero e classe; III) a possibilidade de analisar separadamente os determinantes e as consequências para a saúde das experiências de tratamento diferenciado e discriminação, dado que esses aspectos são claramente diferenciados na redação dos itens da escala (Bastos et al., 2017). Em 2022, foi proposta também uma versão abreviada da EDE (Bastos; Reichenheim; Paradies, 2022), visando facilitar sua aplicação.

2.4 RACISMO E SAÚDE

A caracterização étnico-racial das populações humanas constitui um aspecto presente nas pesquisas desde os primórdios das ciências da saúde. Durante muito tempo, predominaram enfoques biodeterministas de raça, que atribuíam à constituição biológica dos indivíduos as principais razões para os processos de adoecimento. Nas últimas décadas, contudo, as categorias de cor, raça e etnia passaram a ser cada vez mais utilizadas nas pesquisas em Saúde Coletiva, principalmente em resposta às discussões crescentes sobre a influência da dimensão étnico-racial no processo saúde-doença. Desde então, vários estudos têm evidenciado iniquidades raciais marcantes na morbimortalidade, no comportamento em face da doença e da saúde, no acesso e uso dos serviços de saúde, entre outras questões relevantes para os pesquisadores da área (Kabad; Bastos; Santos, 2012).

No Brasil, dados nacionais revelaram uma maior prevalência de doenças crônicas e negligenciadas entre a população negra (Goes; Ramos; Ferreira, 2020). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 mostrou que 71,0% da população adulta branca avaliou sua saúde como boa ou muito boa, enquanto 62,9% da população preta avaliou sua saúde da mesma forma (IBGE, 2020). Além de apresentarem piores resultados de saúde, os negros no Brasil possuem menor cobertura de seguro saúde, menor acesso aos serviços de saúde e uma maior probabilidade de serem maltratados por profissionais da saúde (Constante; Marinho; Bastos, 2021).

A pandemia de COVID-19 expôs e exacerbou as iniquidades raciais em saúde. Baqui et al. (2020), ao avaliar o Sistema Brasileiro de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe, à despeito do preenchimento precário das informações sobre raça ou etnia, sugeriram maior risco de morte por COVID-19 entre pardos e pretos. A pandemia também se apresentou de forma racializada em escala internacional. Nos Estados Unidos os afro-estadunidenses estiveram super-representados nos casos de adoecimento e morte pelo novo coronavírus (Goes; Ramos; Ferreira, 2020). Ao mesmo tempo, análises indicaram que afro-americanos, ao procurarem atendimento com sinais de infecção, eram menos encaminhados para a realização dos testes para COVID-19. Esse padrão de iniquidade no acesso a testes reflete um viés racial implícito no sistema de saúde, como apontam alguns profissionais da linha de frente da pandemia (Baqui et al., 2020).

No que tange à saúde bucal, as iniquidades também persistem. Diversos estudos indicam que problemas de saúde bucal estão associados à raça (Bastos; Celeste; Paradies, 2018; Ben et al., 2014; Constante; Marinho; Bastos, 2021; Schuch et al., 2020). Os piores resultados de saúde bucal são particularmente mais frequentes entre grupos não dominantes ou minoritários, como negros, imigrantes e povos indígenas, em várias partes do mundo (Celeste et al., 2013).

Estudos evidenciaram que indivíduos negros enfrentam taxas mais altas de cárie dentária, cárie radicular, perda dentária, edentulismo e doença periodontal em comparação aos brancos (Cozier et al., 2023). Da mesma forma, pesquisas nos Estados Unidos apontam que hispânicos apresentam maiores índices de perda dentária, níveis mais elevados de cárie dentária e doenças periodontais, além de pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal (Alston; Fontenot; Moran, 2022; Muralikrishnan; Sabbah, 2021).

As iniquidades em saúde bucal são também particularmente acentuadas entre povos indígenas. Estimativas de pesquisas realizadas com indígenas da América do Sul (Brasil, Chile, Uruguai e Venezuela) mostraram que o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) é mais elevado entre indígenas, em comparação com os brancos. No Canadá e na Nova Zelândia, pesquisas também revelam maior prevalência de cárie não tratada entre as populações indígenas (Jamieson et al., 2020). Na Austrália, estudos apontam que os indígenas apresentam taxas mais altas de doenças dentárias não tratadas, incluindo cárie dentária, doenças gengivais, perda de dentes e dores dentárias, em relação aos australianos não indígenas (Ali et al., 2021; Jamieson et al., 2023).

Embora o uso das categorias raciais e étnicas nas pesquisas seja fundamental para documentar e monitorar as iniquidades raciais em saúde, esse enfoque, por si só, não é suficiente para compreender como e por que essas iniquidades persistem (Borrell; Williams, 2022). Na literatura científica, pesquisadores persistentemente visam comparar as condições de saúde entre grupos racializados que estão em posição de marginalização e de privilégio social. No entanto, esses estudos frequentemente atribuem as lacunas de saúde entre grupos raciais privilegiados e desfavorecidos ao status socioeconômico individual, o que minimiza o impacto do racismo na saúde das populações (Lamenha-Lins et al., 2022).

Pode-se afirmar que o racismo é a grande raiz das iniquidades raciais em saúde em todo mundo. Ele mata, seja por força, privação ou discriminação (Phelan; Link, 2015). O racismo estrutural expõe as pessoas negras a condições prejudiciais à saúde, além de impor e sustentar barreiras às oportunidades que promovam saúde e bem-estar. Essas oportunidades negadas incluem o acesso a bons empregos com benefícios, a moradia em bairros seguros e não poluídos com boas escolas, o acesso a cuidados de saúde de alta qualidade e o tratamento justo pelo sistema de justiça criminal. Pesquisas têm buscado identificar como diversas experiências de racismo contribuem para as iniquidades raciais ou étnicas na saúde, destacando vários caminhos causais sequenciais (Braveman et al., 2022).

A segregação habitacional racial, por exemplo, está associada a riscos mais elevados de problemas de saúde devido à insegurança alimentar, educação deficiente, aumento da exposição ambiental e cuidados de saúde de baixa qualidade (Odoms-Young, 2018). A segregação residencial racial também já mostrou associação com uma maior prevalência de hipertensão e diabetes mellitus (Barber et

al., 2018), além de maior mortalidade por câncer de colo de útero (Nogueira et al., 2022a). Estudos que avaliam diretamente o impacto do racismo estrutural nos resultados de saúde da população indicam piores resultados em mortalidade infantil e infarto do miocárdio em estados com maiores iniquidades raciais nos domínios de educação, emprego e encarceramento (Lukachko; Hatzenbuehler; Keyes, 2014; Wallace et al., 2017). A literatura em saúde bucal, no entanto, tem sido lenta em reconhecer as correlações entre racismo estrutural e má saúde bucal, frequentemente dando maior ênfase à responsabilidade individual no autogerenciamento e na manutenção da saúde. Essa ênfase tende a minimizar os efeitos do racismo entre os grupos racializados, uma vez que os recursos de promoção da saúde e as informações em saúde não estão prontamente disponíveis para esses grupos (Bastos; Celeste; Paradies, 2018).

O racismo molda todas as etapas da vida dos indivíduos oprimidos. Esse sistema define, por exemplo, desde a sobrevivência ao nascimento até o local de moradia, a escola frequentada, os círculos sociais, as oportunidades profissionais, o salário, os padrões de saúde e até mesmo a expectativa de vida (DiAngelo, 2018).

Além disso, as experiências discriminatórias individuais, dentro de uma sociedade em que o racismo é a norma, também afetam saúde de grupos racializados. Em todos os níveis econômicos, esses indivíduos são expostos constantemente a um tratamento interpessoal injusto baseado na raça, que pode produzir estresse crônico, comprovadamente capaz de aumentar o risco de doenças crônicas. Mesmo que um determinado indivíduo não tenha experimentado pessoalmente um incidente abertamente discriminatório, a consciência do tratamento injusto sofrido por seus pares com base na raça pode ser extremamente estressante, levando a ansiedade crônica e preocupação constante sobre a possibilidade de ser alvo de discriminação pessoal (Braveman et al., 2022).

A partir da literatura médica, sabe-se que a discriminação racial percebida leva a desconfiança no sistema de saúde, depressão induzida por estresse, comportamentos prejudiciais à saúde e piores resultados de saúde (Singhal; Jackson, 2022). Foram observadas associações positivas entre experiências de discriminação e diversos resultados de saúde, incluindo resultados cardiovasculares (Lewis et al., 2014), transtornos mentais e psiquiátricos (Lewis; Cogburn; Williams, 2015), maior incidência de obesidade (Bernardo et al., 2017) e hipertensão arterial (Dolezsar et al., 2014).

A literatura mostra que a discriminação percebida pode moldar comportamentos de busca e acesso a cuidados de saúde (Jamieson; Steffens; Paradies, 2013; Lawrence et al., 2016; Sabbah et al., 2019). No entanto, ao analisar os resultados de saúde bucal, as evidências são limitadas e os achados são mistos. Por exemplo, um estudo no Brasil relatou que as iniquidades raciais na perda de dentes são parcialmente explicadas por diferenças sociodemográficas, mas não por comportamento e discriminação autorreferida (Celeste et al., 2013). Em contrapartida, outros estudos com populações aborígenes na Austrália e no Canadá relataram que o racismo autorreferido funciona como uma barreira ao acesso ao atendimento odontológico, além de estar associado a uma maior prevalência de dor de dente (Ben et al., 2014; Lawrence et al., 2016). Um estudo nos Estados Unidos apontou que a discriminação percebida não estava associada ao uso de serviços odontológicos, mas o impacto emocional da discriminação, como sentimentos de raiva ou tristeza devido ao tratamento com base na raça, estava associado a uma menor procura por atendimento (Sabbah et al., 2019).

Há um consenso entre pesquisadores de todo o mundo, apesar dos avanços nos últimos anos, de que a produção científica sobre os efeitos do racismo na saúde (Ben et al., 2017; Hicken et al., 2018; Phelan; Link, 2015), especialmente na saúde bucal (Bastos; Celeste; Paradies, 2018; Bastos et al., 2020; Bastos; Constante; Jamieson, 2021; Jamieson et al., 2021; Lamenha-Lins et al., 2022), ainda necessita de um avanço significativo. No contexto brasileiro, pode-se dizer que essa produção científica ainda está em sua infância, especialmente quando comparada à dos países desenvolvidos (Ben et al., 2017).

Para ilustrar a afirmação anterior, foi realizada uma busca eletrônica simples na base de dados Pubmed/Medline, em fevereiro de 2025, utilizando os termos Mesh/DeCS “racism” e “health”, sem restrição de tempo ou idioma. A pesquisa retornou 6859 resultados, com mais da metade desses artigos (3913) correspondendo a publicações dos últimos 3 anos. Ao incluir o termo “Brazil” na busca, apenas 137 estudos foram localizados. Quando a pesquisa foi restrita ao tema saúde bucal e racismo, os resultados foram ainda menores. Com os descritores “racism” e “oral health”, 75 estudos foram encontrados, sendo 25 publicações dos últimos 3 anos. Ao adicionar o termo “Brazil” à estratégia de busca, apenas 12 artigos foram recuperados, com publicações entre 2018 e 2025. Os detalhes dessa busca estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1– Estratégia de pesquisa e registros recuperados na base de dados Pubmed em 02 de fevereiro de 2025.

Pesquisa Bibliográfica	Estratégia de busca	Registros recuperados	Data de publicação
Racism and Health	(racism[Title/Abstract]) AND (health[Title/Abstract])	6859	1969-2025
Racism and Health and Brazil	((racism[Title/Abstract]) AND (health[Title/Abstract])) AND (Brazil)	137	1998-2025
Racism and Oral health	(racism[Title/Abstract]) AND ("oral health"[Title/Abstract])	75	2014-2025
Racism and Oral Health and Brazil	((Racism[Title/Abstract]) AND ("Oral health"[Title/Abstract])) AND (Brazil)	12	2018-2025

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Fica claro que, embora o corpus de evidências esteja crescendo, há uma necessidade urgente de mais pesquisas sobre os efeitos do racismo na saúde dos indivíduos, levando em consideração todos os níveis desse sistema de opressão (Bailey et al., 2017). O progresso científico em relação à injustiça racial na saúde bucal só será possível por meio da adoção de narrativas ativamente antirracistas no meio acadêmico, distanciando-se da linguagem descritiva e imparcial sobre as iniquidades em saúde, e aproximando-se de discussões mais profundas sobre as dinâmicas sociais e históricas que fundamentam as formas de poder e opressão entre os grupos raciais (Lamenha-Lins et al., 2022).

2.5 RACISMO E A ODONTOLOGIA

Ao fazer um resgate histórico da prática odontológica no Brasil, Rosenthal (2001) aponta que, até os séculos XVII e XVIII, a odontologia era amplamente exercida por negros escravizados e alforriados. Com base em saberes tradicionais, eram esses indivíduos os responsáveis pela chamada “arte de tirar dentes” – uma atividade então considerada de baixa importância e prestígio (Martins; Dias; Lima, 2018). Em contraste, anos depois, quando a Odontologia alcança status social e prestígio, a

população negra se encontra extremamente sub-representada na profissão (Smith et al., 2022).

Atualmente, a Odontologia, profundamente atravessada pelo racismo, se encontra distanciada sobremaneira da população negra. Esse afastamento manifesta-se em múltiplas camadas: na baixa representatividade de pessoas negras na força de trabalho e na formação profissional; na presença de vieses clínicos que influenciam decisões terapêuticas conforme a raça do paciente; e na maior carga de doenças bucais e nas barreiras de acesso enfrentadas por essa população (Lamenha-Lins et al., 2022).

Jamieson et al. (2021) argumentam que o racismo estrutural permanece vigente na Odontologia, sustentado pela branquitude e pelo elitismo que caracterizam o perfil de estudantes e profissionais da área em diversas partes do mundo. Esse cenário transforma o profissional da Odontologia em uma representação de poder e privilégio.

À despeito da adoção de políticas afirmativas no Brasil, que ampliaram o acesso da população negra ao ensino superior, ainda há muito a ser feito para se alcançar a equidade racial na profissão (Marques, 2018). A persistente falta de diversidade na Odontologia revela falhas críticas tanto nos sistemas de formação quanto na oferta de cuidados. Já em 1899, estudiosos alertavam que a escassez de diversidade nas profissões de saúde representava um problema para a saúde da comunidade afro-americana (Poole et al., 2022). Mais de um século depois, a Sullivan Commission on Diversity in the Healthcare Workforce (2004) identificou a falta de diversidade na força de trabalho odontológica dos Estados Unidos como um fator que perpetua o atendimento inadequado e desigual às populações minoritárias.

A American Dental Education Association (ADEA) propôs diversas estratégias para promover a diversidade na Odontologia, como apoiar a diversidade de professores, alunos e profissionais no ensino odontológico, além de utilizar as necessidades públicas como referência para determinar os tipos de diversidade necessários na educação odontológica (Sinkford; Valachovic; Harrison, 2004). É essencial fomentar o desenvolvimento de profissionais capazes de dialogar com a sociedade e de discutir e repensar práticas humanizadas. Quando questões discriminatórias não são problematizadas na formação em saúde, tem-se profissionais pouco reflexivos e que visualizam o outro como instrumento ou objeto, e não atores

sociais capazes de questionar as estruturas sociais e contribuir para sua transformação (Candido et al., 2019).

Como a odontologia e a educação odontológica estão profundamente enraizadas e ligadas às estruturas sociais, suas políticas e práticas têm, consciente e inconscientemente, normalizado e legitimado a discriminação racial, reforçando a ideia de que as pessoas negras são inerentemente inferiores (Smith et al., 2022). Estudos mostram extensivamente a presença de viés clínico na tomada de decisão sobre os tratamentos, com os pacientes negros frequentemente recebendo indicações de procedimentos mais invasivos, rápidos e de menor custo, em comparação com os pacientes brancos (Lamenha-Lins et al., 2022). Uma pesquisa realizada em Recife, no Nordeste do Brasil, revelou que, mesmo quando as condições clínicas eram iguais para todos os pacientes, dentistas recomendavam com maior frequência a extração dentária para os pacientes negros em comparação com os brancos (Cabral; Caldas; Cabral, 2005). Um estudo mais recente, realizado em 2019 com estudantes de Odontologia no Sul do Brasil, também apontou comportamentos discriminatórios, como menor respeito e autonomia dada ao paciente negro, bem como maior responsabilização deste por falhas no tratamento em comparação aos pacientes brancos (Candido et al., 2019).

Diante das iniquidades raciais em saúde, importantes periódicos internacionais, como o Journal of the American Medical Association (JAMA) na área biomédica e o Journal of Public Health Dentistry na área odontológica, têm incentivado o aprimoramento de estudos sobre as relações entre as várias formas de racismo e os desfechos em saúde. Em 2022, o Journal of Public Health Dentistry dedicou uma edição especial (volume 82, edição S1) à temática do antirracismo em saúde bucal, reunindo abordagens voltadas à pesquisa, formação, prática clínica e políticas públicas. Foram apresentados desde métodos de pesquisa antirracistas até iniciativas práticas de promoção do antirracismo na Odontologia. Diversas organizações também têm se empenhado na promoção de práticas antirracistas na Odontologia, como a American Dental Education Association (ADEA), a Diverse Dental Society (incluindo a National Dental Association, Hispanic Dental Association e Society of American Indian Dentists), a Rede de Progresso e Equidade em Saúde Bucal (Oral Health Progress and Equity Network – OPEN) e a Community Catalyst (Flanagin et al., 2021).

Mudar a realidade racista da Odontologia implica enquadrar o antirracismo como prioridade em diversos eixos da profissão, incluindo ensino, pesquisa e prática

clínica. Para isso aconteça, é necessário, essencialmente, reconhecer a existência do racismo e que seus fundamentos históricos ainda impactam e moldam a educação e a prática odontológica. Somente assim será possível formar profissionais com atitude antirracista e que contribuam para romper barreiras de acesso e reduzir as iniquidades raciais que atingem a população (Smith et al., 2022).

2.6 POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE RACIAL NO BRASIL: SAÚDE E EDUCAÇÃO

A equidade racial constitui um princípio essencial para a promoção de uma sociedade mais justa e democrática, sendo um eixo estruturante das políticas públicas destinadas à mitigação das iniquidades históricas e estruturais que impactam populações racializadas. No contexto brasileiro, as políticas voltadas à equidade racial têm sido formuladas e implementadas como resposta a um cenário de iniquidades persistentes, derivadas do legado da escravidão e da exclusão socioeconômica, que se perpetuam intergeracionalmente (Ribeiro, 2018).

É imprescindível, ao se discutir as políticas de promoção da equidade racial no Brasil, reconhecer o protagonismo do movimento negro em sua construção. Esse movimento desempenhou um papel crucial na criação das primeiras ações contra o racismo e na luta pela igualdade racial no país. Com sua força reivindicatória e seu caráter educativo, o movimento negro foi o principal responsável por pressionar o Estado e a sociedade a implementarem políticas específicas de combate às iniquidades raciais, com um foco especial em áreas como a saúde e a educação (Gomes; Silva; Brito, 2021).

2.6.1 A Política Nacional De Saúde Integral Da População Negra (PNSIPN)

As reivindicações da população negra e dos movimentos sociais – especialmente o Movimento de Mulheres Negras e o Movimento Negro – por um acesso mais amplo e qualificado ao sistema de saúde foram parte integrante da esfera pública ao longo dos diversos períodos da história das mobilizações negras, especialmente no pós-abolição. Essas demandas se intensificaram na segunda metade do século XX, com uma forte expressão nos movimentos populares de saúde, contribuindo para os processos que culminaram na Reforma Sanitária e na criação do Sistema Único de

Saúde (SUS). Contudo, é possível observar que, embora essa participação tenha sido fundamental para a concepção de um sistema universal de saúde, pautado pela integralidade, equidade e participação social, ela não foi suficiente para incorporar, de forma explícita, mecanismos que visassem superar as barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, especialmente aquelas relacionadas ao racismo (Werneck, 2016).

A vinculação entre racismo e vulnerabilidades em saúde tornou-se pauta nas discussões de políticas públicas brasileiras a partir da Marcha Nacional Zumbi dos Palmares, em 1995, quando foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) sobre saúde da população negra. Este grupo propôs ações como a inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos, a criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF), o fortalecimento do atendimento à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, além da ampliação e aprimoramento do Programa Saúde da Família para as comunidades quilombolas.

Além disso, o tema foi abordado em dois documentos importantes voltados para a saúde da população negra, intitulados “A saúde da população negra: realizações e perspectivas” e “Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente”, publicados em 1998 e 2001. Nota-se que, naquele momento, já se demonstrava certo grau de compreensão dos vários aspectos envolvidos na saúde da população negra, embora as medidas propostas tenham sido, na prática, insuficientes para abordar com profundidade suas consequências. Essas informações foram incluídas nos informes levados pelo governo brasileiro à III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada na África do Sul em 2001 e convocada pela Organização das Nações Unidas (ONU). A partir desse evento, propôs-se a criação de uma política focada nos determinantes da saúde da população negra. Essa política deveria ser fundamentada na produção de conhecimento no campo da saúde da população negra, na capacitação de profissionais de saúde, na disseminação de informações à população, e na oferta de atenção à saúde que possibilitasse o conhecimento e o controle dos riscos de adoecimento e mortalidade dessa população, além de facilitar seu acesso em todos os níveis do sistema de saúde (Werneck, 2016).

Nos anos seguintes, novos avanços foram alcançados, culminando com a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra em 2003 (formalizado em 2004 através da Portaria nº 2.632/2004), uma instância consultiva vinculada à Secretaria

Executiva do Ministério da Saúde, com papel de assessorá-lo; a organização do I e II Seminários Nacionais de Saúde da População Negra (2004 e 2006); a inclusão da temática nas proposições das Conferências Nacionais de Saúde, especialmente a partir da 11ª Conferência, realizada em 2000, e das subsequentes; e a criação de uma vaga para o Movimento Negro no Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2005, após 68 anos de existência desse conselho. A participação da representação negra no CNS permitiu as articulações e ações necessárias para instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo CNS em novembro de 2006 (Werneck, 2010; Werneck, 2016). Em 2008, a PNSIPN foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e, em 14 de maio de 2009, foi publicada no Diário Oficial da União como a Portaria GM/MS n. 992 (Oliveira; Magalhães 2022).

Werneck (2016) destaca que, apesar de ter cumprido todo o processo de formalização exigido pelo SUS – incluindo a aprovação pelo CNS (2006), publicação no Diário Oficial (2008), elaboração do Plano Operativo e pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, com a atribuição de responsabilidades para cada um dos entes federativos (2009) – a PNSIPN não obteve adesão suficiente à gestão do SUS. Como resposta, as mobilizações inseriram seus objetivos na Lei nº 12.288/2010, aprovada pelo Congresso Nacional em 2011. A partir de então, a atenção à saúde da população negra, em seus diferentes aspectos, passou a ser regulamentada por meio de uma lei federal, como estratégia para provocar as respostas necessárias. No entanto, além do rechaço, muitas vezes explícito, por parte de muitos, observou-se também uma profunda ignorância sobre os diversos elementos envolvidos nos processos de implementação de ações e estratégias necessárias, o que ajuda a explicar o motivo pelo qual a PNSIPN não foi adequadamente implementada após esses anos.

A PNSIPN apresenta como marca o reconhecimento das iniquidades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais da saúde, com vistas à promoção da equidade. Suas diretrizes buscam a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das iniquidades étnico-raciais e o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. A política visa assegurar a igualdade na aplicação do direito fundamental à saúde nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), atuando em cinco áreas estratégicas: Eixo 01 - Acesso da população negra às redes de atenção à saúde; Eixo 02 - Promoção e vigilância em saúde; Eixo 03 - Educação permanente em saúde e produção do conhecimento em

saúde da população negra; Eixo 04 - Fortalecimento da participação e do controle social; e Eixo 05 - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra (Brasil, 2009).

Entretanto, a formalização da política não gerou a concretização das ações previstas nem os resultados esperados. Em 2019, após 10 anos de sua criação, a adesão à PNSIPN havia ocorrido em apenas 28% dos municípios brasileiros, com maior proporção no Norte e Nordeste (IBGE, 2019). Silva et al. (2022), ao investigarem a implementação da PNSIPN na Bahia, estado majoritariamente negro, identificaram que um dado comum nos municípios foi o desconhecimento da PNSIPN e dos meios práticos para inseri-la no cotidiano do trabalho. Para os autores, a falta de conhecimento acerca da PNSIPN e a dificuldade de reconhecer a importância de considerar a diversidade racial nos atendimentos estão diretamente relacionadas a uma das faces do racismo: a invisibilização das demandas de saúde da população negra.

Há um grande desconhecimento, tanto da população quanto dos profissionais de saúde, sobre como o racismo impacta a vida, o acesso aos serviços e a qualidade da atenção (Batista; Barros, 2017). A ideia de uma democracia racial tem contribuído para invisibilizar a urgência da PNSIPN, no que diz respeito ao enfrentamento do racismo institucional e à garantia do direito à saúde (Silva et al., 2022)

Os desafios para a implementação da PNSIPN incluem a dificuldade de institucionalização do campo da saúde da população negra no meio acadêmico e político; os posicionamentos contrário a esse campo, especialmente no que se refere ao uso do conceito de raça e ao não reconhecimento do racismo como um fator determinante da saúde, em defesa da centralidade da determinação econômica; a dificuldade de transversalizar a política nas ações de saúde; e a complexidade de definir indicadores para avaliação e monitoramento das suas ações (Faustino, 2017; Gomes et al., 2017). Além disso, cabe destacar que o avanço de forças conservadoras ancoradas no fundamentalismo conservador e no ultraliberalismo econômico, nos últimos tempos, tem atacado diversos direitos sociais, em especial aqueles voltados para as populações negra e indígena, mulheres e as comunidades de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (Batista; Barros, 2017).

Portanto, embora a implementação da PNSIPN represente um grande avanço na busca pela equidade racial em saúde, há uma grande distância entre as propostas e a realidade da população negra no acesso à saúde. Batista e Barros (2017) sugerem

que os gestores que desejam enfrentar o racismo nos serviços de saúde devem estabelecer uma coordenação para a política, com uma área técnica ou grupo condutor, e incluir essa política nos instrumentos de gestão, definindo indicadores para monitoramento e avaliação da PNSIPN. Esse é um grande esforço que gestores, trabalhadores da saúde e a sociedade civil precisam empreender para promover e avançar em direção a um sistema de saúde que atenda às necessidades da população. A superação das iniquidades raciais no sistema de saúde demanda além de políticas públicas eficazes, um esforço contínuo para transformar a conscientização e as práticas institucionais, promovendo um SUS verdadeiramente inclusivo e equitativo para todos.

2.6.2 Ações afirmativas nas Instituições de Ensino Superior

A educação desempenha um papel crucial no acesso a posições de maior remuneração e status social, devido à sua capacidade de influenciar diretamente a mobilidade social e a distribuição de oportunidades (Júnior; Daflon, 2014). A reivindicação por uma educação democrática, como uma das estratégias de combate ao racismo, sempre foi um dos temas centrais das lutas do movimento negro (Gomes; Silva; Brito, 2021).

No contexto do ensino superior brasileiro, as políticas de ação afirmativa têm se consolidado como um instrumento fundamental para a democratização do acesso à educação superior, contribuindo para a redução das iniquidades históricas e estruturais que afetam populações marginalizadas. A ação afirmativa se distingue das políticas exclusivamente antidiscriminatórias por atuar preventivamente em favor de indivíduos que, potencialmente, são discriminados, podendo ser compreendida tanto como uma medida de prevenção à discriminação quanto como uma reparação dos seus efeitos. Atualmente, as principais modalidades de ação afirmativa no Brasil incluem as cotas no ensino superior público e os programas Prouni (Programa Universidade para Todos) e FIES (Fundo de Financiamento Estudantil) no setor privado (Júnior; Daflon, 2014).

No âmbito das universidades públicas, foi a partir dos anos 2000 que começaram a ser adotados mecanismos para ampliar o acesso aos cursos de graduação, impulsionados por uma mobilização significativa de organizações do movimento negro, do movimento indígena, de organizações estudantis, entre outras. Esse

movimento ganhou força política após a Conferência Mundial contra o racismo, a discriminação racial, a xenofobia e formas conexas de intolerância, realizada em 2001, na cidade de Durban (África do Sul). Os esforços culminaram, inicialmente, em políticas de reserva de vagas nas universidades estaduais, com a experiência pioneira da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 2001 e da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) em 2002 (Honorato et al., 2022). No âmbito das universidades federais, a Universidade de Brasília (UnB) foi a precursora ao adotar o sistema de cotas em 2003 (Sousa; Santos, 2024). No estado de Minas Gerais, a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) foi a primeira a adotar o sistema de cotas raciais em seu processo seletivo para ingresso na graduação, em 2006 (Nascimento, 2021).

Em 2012, foi aprovada a Lei nº 12.711, também conhecida como Lei de Cotas, como uma política pública de ação afirmativa para a educação superior, após mais de uma década de intensos debates e controvérsias. Esta legislação determina que as universidades, institutos e centros federais reservem 50% de suas vagas para estudantes oriundos de escolas públicas. Dentro desse percentual, uma parte é destinada a estudantes negros (autoidentificados como pardos ou pretos) e indígenas (Brasil, 2012). A Lei de Cotas foi revisada e, em 09 de agosto de 2023, o Congresso Nacional aprovou a proposta de alteração, tornando-a uma política pública permanente (Andriola; Araújo, 2023).

A política de cotas tem sido um mecanismo fundamental para o aumento da presença de estudantes pertencentes a grupos sociais marginalizados nas instituições de ensino superior públicas, ampliando o acesso à educação superior para uma população que, de outra forma, seria excluída. As cotas raciais, junto com outras ações de inclusão, têm gerado um cenário mais plural nas universidades, com maior diversidade racial e social entre os estudantes (Honorato et al., 2022). Nesse sentido, as cotas assumem um caráter político primordial na luta pelo direito à igualdade racial e à diversidade não só no ensino superior, mas também na sociedade de um modo geral (Gomes; Silva; Brito, 2021).

3 JUSTIFICATIVA

Evidências recentes em nível global demonstram que minorias raciais continuam a suportar o maior fardo das doenças bucais, evidenciando iniquidades significativas entre grupos raciais privilegiados e desfavorecidos. Essas iniquidades raciais persistem ao longo do tempo e em diferentes contextos geográficos, sugerindo que não se tratam de iniquidades pontuais ou transitórias, mas de um padrão sistemático de exclusão e marginalização (Bastos et al., 2020; Jamieson et al., 2021).

Embora o reconhecimento dessas iniquidades seja crescente entre pesquisadores da área odontológica, as causas subjacentes às iniquidades raciais na saúde bucal ainda são insuficientemente exploradas (Bastos et al., 2020; Fleming, Raskin e Brody, 2022). A maioria dos estudos atribui essas iniquidades exclusivamente a fatores socioeconômicos, dada a sobre-representação de minorias raciais nos estratos mais baixos da estrutura social. No entanto, essa visão reducionista ignora processos sócio-históricos fundamentais que ligam a raça, o racismo e a saúde (Bastos, Celeste e Paradies, 2018; Baumgarten et al., 2018).

Uma literatura crescente tem demonstrado que as diferenças socioeconômicas explicam apenas parcialmente as iniquidades raciais na saúde bucal, uma vez que o racismo opera por múltiplos mecanismos interconectados. Como um sistema estrutural que permeia as instituições, a cultura e os comportamentos sociais, o racismo influencia a saúde por vias que transcendem a dimensão econômica, afetando o acesso a recursos de poder, prestígio e liberdade, bem como às condições de moradia e assistência odontológica. Ignorar essas dimensões equivale a perpetuar um modelo explicativo limitado das iniquidades em saúde (Bastos et al., 2020).

Diante desse contexto, é fundamental que a pesquisa odontológica avance na investigação das iniquidades raciais, considerando o racismo não apenas como um fator associado, mas como a causa raiz dessas iniquidades (Fleming; Raskin; Brody, 2022). Para isso, é necessário compreender suas múltiplas formas de manifestação—estrutural, interpessoal e internalizada—e seus impactos na saúde (Lamenha-Lins et al., 2022). Como um sistema que estrutura as relações sociais, econômicas e políticas, o racismo não é uma exceção, mas uma norma profundamente enraizada (Almeida, 2019; Bonilla-Silva, 2021). Assim, pesquisas que incorporem essas dimensões estruturais são, essenciais para o enfrentamento das iniquidades raciais na saúde

bucal (Bailey et al., 2017; Jamieson et al., 2021; Phelan; Link, 2015; Williams; Mohammed, 2009).

Este estudo se justifica, portanto, pela necessidade premente de aprofundar a compreensão dos mecanismos pelos quais o racismo influencia a saúde bucal e o acesso a serviços odontológicos. Ao centralizar o racismo no desenho do estudo, a pesquisa contribui para um avanço teórico e metodológico essencial para a área da saúde bucal, permitindo uma análise mais precisa e abrangente das iniquidades raciais em saúde. Além disso, a investigação de diferentes vias pelas quais o racismo impacta a saúde bucal, abrangendo as dimensões estrutural e interpessoal, preenche uma lacuna crítica da literatura e oferece subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas mais equitativas e eficazes na redução dessas iniquidades.

4 OBJETIVOS

A seguir, o objetivo geral e os objetivos específicos desta pesquisa.

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o papel do racismo na produção de iniquidades raciais em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar, por meio de uma revisão sistemática, a associação entre racismo e saúde bucal, com ênfase na população negra, historicamente exposta ao racismo.
- Examinar a presença de iniquidades raciais em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos na população brasileira, identificando os fatores associados à sua ocorrência.
- Investigar iniquidades raciais na saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos em uma amostra de estudantes universitários, considerando o papel do racismo em três potenciais vias de impacto: discriminação racial interpessoal, segregação residencial racial e características do ambiente de vizinhança.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Abaixo, a abordagem metodológica dos estudos que integram a tese.

5.1 ESTUDO 1

5.1.1 Protocolo e registro

O protocolo desta pesquisa foi registrado no International Prospective Register of Systematic Reviews – PROSPERO sob número CRD42023418470. A metodologia seguiu as recomendações do protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page et al., 2021).

5.1.2 Questão de pesquisa

Foi utilizada a estratégia PECO (População, Exposição, Comparação e Resultado) para formular a questão da pesquisa e orientar a seleção de estudos. A população (P) de interesse foi composta por indivíduos negros (pretos e/ou pardos); a exposição (E) abrangeu diferentes níveis de manifestação do racismo, incluindo racismo interpessoal, internalizado, institucional, estrutural e/ou sistêmico; não foi incluído grupo de comparação (C), a fim de não excluir os estudos que analisaram apenas o grupo de raça negra; e os resultados (O) investigados foram desfechos de saúde bucal avaliados clinicamente e/ou autorrelatados.

5.1.3 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos observacionais que buscaram avaliar a associação entre algum nível de racismo e resultados de saúde bucal na população negra. Não houve restrições de idioma e ano de publicação. Os critérios de exclusão abrangeram estudos que avaliaram disparidades raciais em saúde bucal sem, no entanto, incluir o racismo em suas estruturas explicativas, estudos qualitativos, revisões de literatura, comunicações curtas, editoriais, além de estudos cuja população de estudo não incluiu a raça negra.

5.1.4 Estratégia de busca

As buscas foram realizadas entre abril e maio de 2023 nas bases de dados: Medical Literature and Retrieval System onLine (MEDLINE/PubMed) via National Library of Medicine; Embase; Scopus; Web of Science; e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PAHO-IRIS e MEDLINE acessados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Uma pesquisa adicional na literatura cinzenta foi realizada através do Google Scholar e ProQuest. Além disso, foram realizadas buscas manuais das referências dos estudos incluídos.

A ferramenta PECO serviu de base para a elaboração da estratégia de busca, conforme apresentado no quadro 1. Empregaram-se termos controlados do MeSH (Medical Subject Headings) para as bases PubMed, Scopus e Web of Science, do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para a BVS e do Emtree (Embase subject headings) para a Embase. Além disso, também foram utilizados termos livres a fim de se ampliar a busca.

Quadro 1 – Termos selecionados para compor a estratégia de busca com base no formato PECO.

População (P)	Exposição (E)	Comparação (C)	Desfecho (O)
Black People ^a Blacks ^a	Racism ^a Racial Discrimination ^a Racial Disparities ^b Racial Prejudice ^b Race Factors ^a Racial Groups ^a Racial Inequity ^b Racial Inequality ^b Perceived Racial Discrimination ^b Systemic Racism ^a Institutional Racism ^a Structural Racism ^a Internalized Racism ^b	-	Oral Health ^a Oral Health Disparities ^b Periodontal Diseases ^a Dental Caries ^a Tooth Loss ^a Dental Pain ^b Toothache ^a Oral Health Self-perception ^b Oral Health-related Quality of Life ^b

^a Termo MeSH/ DeCS

^b Termo livre

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Os termos selecionados foram combinados com os operadores booleanos OR e/ou AND, de modo que se definiu a estratégia final de busca para cada base de dados (quadro 2).

Quadro 2 – Estratégias de busca utilizadas.

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed/MEDLINE	("Black People"[TIAB] OR "Black People"[MH] OR "Black"[TIAB]) AND ("Racism"[TIAB] OR "Racism"[MH] OR "Racial Discrimination"[TIAB] OR "Racial disparities"[TIAB] OR "Racial Prejudice"[TIAB] OR "Race Factors"[MH] OR "Racial Groups"[MH] OR "Racial inequity"[TIAB] OR "Racial inequality"[TIAB] OR "Perceived racial discrimination"[TIAB] OR "Systemic racism"[TIAB] OR "Systemic racism"[MH] OR "Institutional Racism"[TIAB] OR "Structural Racisms"[TIAB] OR "Internalized racism"[TIAB]) AND ("Oral health"[TIAB] OR "Oral health"[MH] OR "Oral health disparities"[TIAB] OR "Periodontal diseases"[TIAB] OR "Periodontal diseases"[MH] OR "Dental caries"[MH] OR "Dental caries"[TIAB] OR "Tooth loss"[TIAB] OR "Tooth loss"[MH] OR "Dental pain"[TIAB] OR "Toothache"[TIAB] OR "Toothache"[MH] OR "Oral health self-perception"[TIAB] OR "Oral health-related quality of life"[TIAB])
LILACS, PAHO-IRIS e MEDLINE via BVS	(tw:"Black People" OR mh:"Black People" OR tw:"Black") AND (tw:"Racism" OR mh:"Racism" OR tw:"Racial Discrimination" OR tw:"Racial disparities" OR tw:"Racial Prejudice" OR mh:"Race Factors" OR mh:"Racial Groups" OR tw:"Racial inequity" OR tw:"Racial inequality" OR tw:"Perceived racial discrimination" OR tw:"Systemic racism" OR mh:"Systemic racism" OR tw:"Institutional Racism" OR tw:"Structural Racisms" OR tw:"Internalized racism") AND (tw:"Oral health" OR mh:"Oral health" OR tw:"Oral health disparities" OR tw:"Periodontal diseases" OR mh:"Periodontal diseases" OR mh:"Dental caries" OR tw:"Dental caries" OR tw:"Tooth loss" OR mh:"Tooth loss" OR tw:"Dental pain" OR tw:"Toothache" OR mh:"Toothache" OR tw:"Oral health self-perception" OR tw:"Oral health-related quality of life")
Embase	#1 'Black person'/exp OR 'Black person' OR 'Black People' OR 'Black' #2 'Racism'/exp OR 'Racism' OR 'Racial Discrimination' OR 'Racial disparity'/exp OR 'Racial disparity' OR 'Racial Prejudice' OR 'Race Factors' OR 'race'/exp OR 'Racial Groups' OR 'Racial inequity' OR 'Racial inequality' OR 'Perceived racial discrimination' OR 'Systemic racism' OR 'Institutional Racism' OR 'Structural Racism'/exp OR 'Structural Racism' OR 'Internalized racism' #3 'Oral health' OR 'Oral health disparities' OR 'Periodontal disease'/exp OR 'Periodontal disease' OR 'Dental caries'/exp OR 'Dental caries' OR 'Tooth loss' OR 'Tooth pain'/exp OR 'Tooth pain' OR 'Toothache' OR 'Oral health self-perception' OR 'Oral health-related quality of life'/exp OR 'Oral health-related quality of life' #1 AND #2 AND #3
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (("Black People" OR black))) AND (TITLE-ABS-KEY (("Racism" OR "Racial Discrimination" OR "Racial disparities" OR "Racial Prejudice" OR "Race Factors" OR "Racial Groups" OR "Racial inequity" OR "Racial inequality" OR "Perceived racial discrimination" OR "Systemic racism" OR "Institutional Racism" OR "Structural Racisms" OR "Internalized racism"))) AND (TITLE-ABS-KEY (("Oral health" OR "Oral health disparities" OR "Periodontal diseases" OR "Dental caries"

	OR "Tooth loss" OR "Dental pain" OR "Toothache" OR "Oral health self-perception" OR "Oral health-related quality of life")))
Web of Science	#1 (TS=("Black People")) OR TS=(Black) #2 ((((((((((TS=("Racism")) OR TS=("Racial Discrimination")) OR TS=("Racial disparities")) OR TS=("Racial Prejudice")) OR TS=("Race Factors")) OR TS=("Racial Groups")) OR TS=("Racial inequity")) OR TS=("Racial inequality")) OR TS=("Perceived racial discrimination")) OR TS=("Systemic racism")) OR TS=("Institutional Racism")) OR TS=("Structural Racisms")) OR TS=("Internalized racism") #3 ((((((((((TS=("Oral health")) OR TS=("Oral health disparities")) OR TS=("Periodontal diseases")) OR TS=("Dental caries")) OR TS=("Tooth loss")) OR TS=("Dental pain")) OR TS=("Toothache")) OR TS=("Oral health self-perception")) OR TS=("Oral health-related quality of life") ((#1) AND(#2) AND (#3))
Literatura cinzenta	
ProQuest	Racism AND "Oral health" AND "blacks" Racismo AND "Saúde bucal" AND negros (Filtros: Scholarly Journals OR Dissertations e Theses)
Google Scholar	allintitle: Racism "Oral health" allintitle: Racismo "Saúde bucal"

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

5.1.5 Seleção dos estudos

Os resultados das buscas foram exportados para o software EndNote, onde realizou-se a exclusão dos artigos duplicados e a seleção dos artigos. A seleção foi realizada por dois pesquisadores que, de maneira independente, avaliaram a elegibilidade dos artigos seguindo as etapas de leitura dos títulos, resumos e textos na íntegra. Em caso de discordância sobre a elegibilidade entre os dois revisores, a decisão de inclusão ou exclusão dos artigos foi feita por um terceiro pesquisador com vasta experiência na área. Ao final do processo, obteve-se o total de estudos elegíveis para compor a revisão sistemática.

5.1.6 Extração dos dados

A extração de dados dos artigos incluídos foi realizada por dois pesquisadores de forma independente. Um terceiro pesquisador foi consultado para consenso em caso de discrepância entre os dois pesquisadores. Foi construído um formulário de extração de dados para reunir as informações mais relevantes de cada estudo, incluindo: características do estudo (autores, ano, idioma, localização e desenho do estudo), característica da população (número de participantes, grupos raciais

incluídos, faixa etária da população do estudo), características da exposição (tipo de exposição ao racismo: internalizado, interpessoal ou estrutural, bem como forma de mensuração da exposição), desfechos de saúde bucal avaliados e principais resultados do estudo.

5.1.7 Avaliação do risco de viés

Os estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade propostos tiveram sua qualidade metodológica avaliada. Foi utilizada a versão adaptada da escala Newcastle Ottawa para estudos transversais (Herzog et al., 2013). O instrumento avalia a qualidade metodológica em três domínios (seleção, comparação e desfecho) e utiliza um sistema de pontuação por estrelas, com um total máximo de 10 pontos. Quanto mais estrelas o estudo receber, maior qualidade metodológica e menor o risco de viés. Cada estudo foi revisado e pontuado de forma independente por dois pesquisadores e, em caso de discrepância, um terceiro pesquisador foi consultado. Todos os estudos foram incluídos na revisão independentemente de sua pontuação.

5.2 ESTUDO 2

5.2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido com base na análise de dados secundários.

5.2.2 Fonte de dados

Utilizou-se o banco de dados da mais recente Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do Brasil, desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) junto ao Ministério da Saúde, no ano de 2019. A PNS 2019 é um inquérito de base populacional, representativo do Brasil e da população residente em domicílios particulares de seu território (Stopa et al., 2020).

O inquérito utilizou uma amostra representativa da população com idade ≥ 15 anos. Para a seleção dos participantes, foi realizado um processo de amostragem complexa por conglomerados em três estágios: (i) estratificação das Unidades

Primárias de Amostragem (UPAs), compostas por um ou mais setores censitários, e seleção aleatória com probabilidade de seleção proporcional ao número de domicílios particulares permanentes; (ii) seleção dos domicílios em cada UPA, a partir da atualização mais recente disponível do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE), por amostragem aleatória simples; e (iii) seleção aleatória simples de um morador elegível, com base na lista de moradores elaborada no momento da entrevista. O tamanho amostral da PNS 2019 foi calculado com base em indicadores da edição de 2013. O questionário utilizado foi dividido em 3 seções: questionário domiciliar, questionário para todos os moradores do domicílio e questionário do morador selecionado. Mais detalhes sobre o plano amostral, o processo de coleta de dados e a ponderação foram publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020).

5.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos neste estudo os respondentes maiores de 18 anos de idade autodeclarados brancos, pretos ou pardos. Destaca-se que a opção de não incluir na análise amarelos e indígenas, deve-se à orientação do IBGE pelo pequeno número de respostas nessas populações e pelo elevado coeficiente de variação, o que também tem sido adotado em outras análises da PNS (Malta et al., 2021).

5.2.4 Variáveis do estudo

Em relação às variáveis dependentes do estudo, dados sobre saúde bucal foram obtidos a partir do “Módulo U” do questionário e dados sobre o uso de serviços odontológicos através do “Módulo J”, sendo selecionados quatro indicadores, caracterizados como variáveis binárias: i) autopercepção de saúde bucal (obtido pela pergunta: *“Em geral, como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?”* e categorizada em “positiva” para as respostas “muito boa” e “boa” e “negativa” para as respostas “regular”, “ruim” e “muito ruim”); ii) perda de 13 dentes ou mais (obtido pelas questões: *“Lembrando-se dos seus dentes permanentes de cima, o(a) Sr(a) perdeu algum?”* e *“Lembrando-se dos seus dentes permanentes de baixo, o(a) Sr(a) perdeu algum?”*, sendo considerado “sim” para perda de 13 ou mais dentes no total); iii) uso de prótese dentária (obtido pela pergunta: *“O (a) Sr(a) usa algum tipo de prótese*

dentária (dente artificial, implante, dentadura, chapa)?” e categorizado em “sim” e “não”); iv) uso recente de serviços odontológicos (obtido através da questão: “*Quando consultou um dentista pela última vez?*” e categorizado em “sim” para a resposta “Até 1 ano” e “não” para as demais respostas).

As variáveis explicativas analisadas foram: raça/cor da pele (branca; parda; preta), sexo (masculino; feminino), idade (18-29; 30-39; 40-59; ≥ 60 anos), renda per capita em salários-mínimos (até 1; mais de 1 a 3; mais de 3), escolaridade (sem instrução/ fundamental incompleto; fundamental completo/ médio incompleto; médio completo/ superior incompleto; superior completo), zona de residência (urbana; rural), região de moradia (Sudeste; Norte; Nordeste; Sul; Centro-Oeste).

5.2.5 Análise dos dados

Foram estimadas as prevalências de cada desfecho com intervalos de confiança de 95% (IC95%) por categorias das demais variáveis. Análises bivariadas foram realizadas usando teste qui-quadrado e as razões de prevalência ajustada (RP), também com IC95%, foram estimadas utilizando regressão de Poisson.

O processamento do banco de dados e a análise estatística foram realizados através do programa R versão 4.2.1, com a biblioteca survey, elaborada para análises de inquéritos com amostragem complexa.

5.2.6 Aspectos éticos

Este estudo dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), pois utilizou dados secundários provenientes da PNS, a qual teve aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sob o Parecer nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019. Os dados referentes à PNS 2019 são de acesso público e estão disponíveis na internet (<https://www.pns.iciet.fiocruz.br/>), tendo sido extraídos em 18 de agosto de 2022.

5.3 ESTUDO 3

5.3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal.

5.3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido com alunos dos cursos de graduação presencial da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) no ano de 2023.

A UFJF é uma universidade pública, sediada em Juiz de Fora (Minas Gerais) e com um campus avançado em Governador Valadares (Minas Gerais). A instituição oferta vagas em 52 cursos de graduação na modalidade presencial no campus de Juiz de Fora e em 10 cursos no campus de Governador Valadares.

5.3.3 Amostra e população

A população de estudo foi composta por alunos de graduação presencial da Universidade Federal de Juiz de Fora no ano de 2023. Foram incluídos todos os estudantes matriculados em cursos de graduação presencial na UFJF durante esse período, com idade igual ou superior a 18 anos e que manifestaram interesse em participar da pesquisa por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Considerou-se como perda amostral os alunos que não responderam ao questionário de pesquisa enviado por e-mail após três tentativas de contato.

De acordo com dados institucionais, em 2023, 15.361 alunos estavam matriculados em cursos de graduação presencial na UFJF, sendo 87,6% no campus de Juiz de Fora. Entre os estudantes, 59,4% eram autodeclarados brancos, 27,5% pardos, 10,7% pretos e 2,4% amarelos, indígenas ou pertencentes a outra raça/cor (Universidade Federal de Juiz de Fora, 2025).

Foi realizado o cálculo do tamanho amostral para populações finitas, considerando os seguintes parâmetros: prevalência de discriminação racial de 9% para essa população (Bastos et al., 2015), intervalo de confiança de 95% e erro

amostral de 5%. Com base nesses critérios, o tamanho mínimo da amostra foi estimado em 347 indivíduos.

5.3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário online, elaborado na plataforma Google formulários, e enviado por e-mail aos estudantes pela Diretoria de Imagem Institucional da universidade.

O e-mail enviado continha a descrição da motivação do estudo, seus objetivos, metodologia e benefícios, além do contato da pesquisadora e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os alunos que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, manifestaram seu acordo clicando na opção “Li e concordo com os termos de participação”, o que lhes dava acesso ao questionário.

Os e-mails foram enviados aos alunos em três momentos distintos, com intervalo de um mês entre cada envio, a fim de minimizar perdas na amostra.

5.3.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi composto por 54 questões distribuídas da seguinte forma: Bloco I – Geral (20 questões sobre aspectos demográficos, socioeconômicos e do percurso acadêmico dos estudantes); Bloco II – Saúde Bucal (10 questões sobre saúde bucal autorrelatada, acesso e uso de serviços odontológicos); Bloco III – Escala de Percepção de Vizinhaça (Höfelmann et al., 2013), composta por 16 itens; e Bloco IV – Versão Abreviada da Escala de Discriminação Explícita (EDE) (Bastos; Reichenheim; Paradies, 2022), composta por 8 questões. O questionário completo encontra-se apresentado no Apêndice B.

5.3.5.1 *Escala de percepção de vizinhaça*

A Escala de Percepção de Vizinhaça é composta por 16 itens que avaliam a percepção do respondente sobre seu ambiente de vizinhaça, abrangendo desordens físicas e sociais. Este instrumento foi utilizado no estudo de coorte EpiFloripa (Estudo Epidemiológico de Base Populacional de Florianópolis), realizado entre setembro de

2009 e janeiro de 2010. As propriedades psicométricas e econométricas da escala foram avaliadas e validadas por Höfelmann et al. (2013).

A escala abrange questões sobre lixo, calçamentos irregulares, velocidade do tráfego, transporte urbano, vandalismo, roubos, assaltos, assassinatos, sequestros, uso de drogas, caminhar na região depois do anoitecer, má reputação e problemas com a polícia. Para cada item as opções de resposta são: não, algum ou muitos problemas no bairro. A pontuação pode variar de 0 (nenhum problema na vizinhança) a 32 (vizinhança com maiores problemas físicos e sociais).

No presente estudo, será adotado como “vizinhança percebida” o local onde o estudante viveu a maior parte da sua vida (ou por pelo menos 5 anos). Considerando que muitos universitários precisam mudar de cidade para cursar a faculdade, a escolha da vizinhança com base no local atual de moradia poderia não refletir a vizinhança que moldou as oportunidades e experiências desses indivíduos ao longo da vida, que é o que se pretende captar.

5.3.5.2 *Escala de Discriminação Explícita (EDE) – Versão abreviada*

A Escala de Discriminação Explícita (EDE), publicada pela primeira vez em 2012, tem como objetivo avaliar a ocorrência de discriminação explícita no contexto brasileiro, considerando múltiplas experiências, incluindo a discriminação racial, e suas possíveis intersecções (Bastos et al., 2012).

A escala passou por diversas avaliações de suas propriedades psicométricas e escalares (Bastos et al., 2012; Bastos et al., 2019; Bastos; Reichenheim; Paradies, 2022), e, com base nos resultados dos estudos avaliativos, foi proposta uma versão abreviada da EDE, considerada mais apropriada para o público de estudantes de graduação (Bastos; Reichenheim; Paradies, 2022). Por esse motivo, essa versão abreviada foi a escolhida para este estudo.

A versão abreviada da EDE é instrumento auto preenchível, no qual são apresentadas oito situações específicas em que o respondente pode relatar se percebeu tratamento diferencial e com que frequência isso ocorreu. Quando a resposta é positiva a uma dessas situações, uma seção subsequente questiona qual motivo o respondente atribui para o tratamento diferencial entre 16 possíveis alternativas, incluindo “cor ou raça”. Nessa questão, é possível assinalar mais de um motivo, com orientação para diferenciar aquela que considerar mais importante ou

ainda incluir uma resposta por extenso, caso não tenha sido contemplado com as opções disponíveis. Na sequência, há ainda uma questão perguntando se e o quanto o respondente se sentiu incomodado em relação ao tratamento diferencial, com alternativas que variam entre 'não', 'sim, um pouco', 'sim, razoavelmente' e 'sim, muito'. Por fim, a última questão aborda se situação que está sendo respondida foi interpretada como discriminatória ou não pelo participante. A mensuração da exposição à discriminação pelo instrumento é realizada por meio de uma escala Likert de quatro pontos (0, 1, 2 e 3), com escores variando de 0 a 24, de forma que valores mais altos indicam níveis mais intensos de discriminação percebida (Bastos; Reichenheim; Paradies, 2022). No quadro 3 são descritas as situações discriminatórias abrangidas pela EDE abreviada.

Quadro 3 – Itens da versão abreviada da Escala de Discriminação Explícita (EDE).

Item	Situação
1	Você já foi confundido com um funcionário de um estabelecimento, quando, na verdade, você era um cliente? Por exemplo, confundido com um vendedor, balconista ou garçom?
2	Ao frequentar lojas, restaurantes ou lanchonetes, você já foi tratado de maneira inferior em relação a outros clientes?
3	Ao frequentar repartições públicas, como receita federal, cartório, departamentos de trânsito, companhias de água, luz, esgoto ou outras, você já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes?
4	Você já foi tratado como se fosse pouco inteligente ou incapaz de realizar alguma atividade curricular na escola ou na universidade? Considere situações atuais (universidade) e passadas (escola) nas quais você foi tratado assim por professores ou colegas, mesmo achando que tinha todas as condições de realizar as atividades
5	Ao tentar ficar ou namorar com alguém, você já foi tratado com desprezo pela outra pessoa, sem ter dado motivos para isso? Considere apenas as situações em que você foi tratado pior em relação aos outros que também tentaram ficar ou namorar com esta ou estas pessoas
6	Você já foi tratado de modo inferior por algum de seus pais, tios, primos ou avós em relação aos outros familiares?
7	Você já foi chamado por nomes, palavras das quais não gostou ou termos pejorativos? Pense que isto pode ter acontecido em ruas, ônibus, shoppings, bancos, lojas, festas, escola, local de trabalho ou outros locais públicos.
8	Você já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de amigos do bairro, de pessoas de sua vizinhança ou de seu condomínio? Pense que isto pode ter

	acontecido em encontros da vizinhança, reuniões de condomínio, festas e outras datas de comemorações.
--	---

Fonte: Bastos, Reichenheim e Paradies (2022).

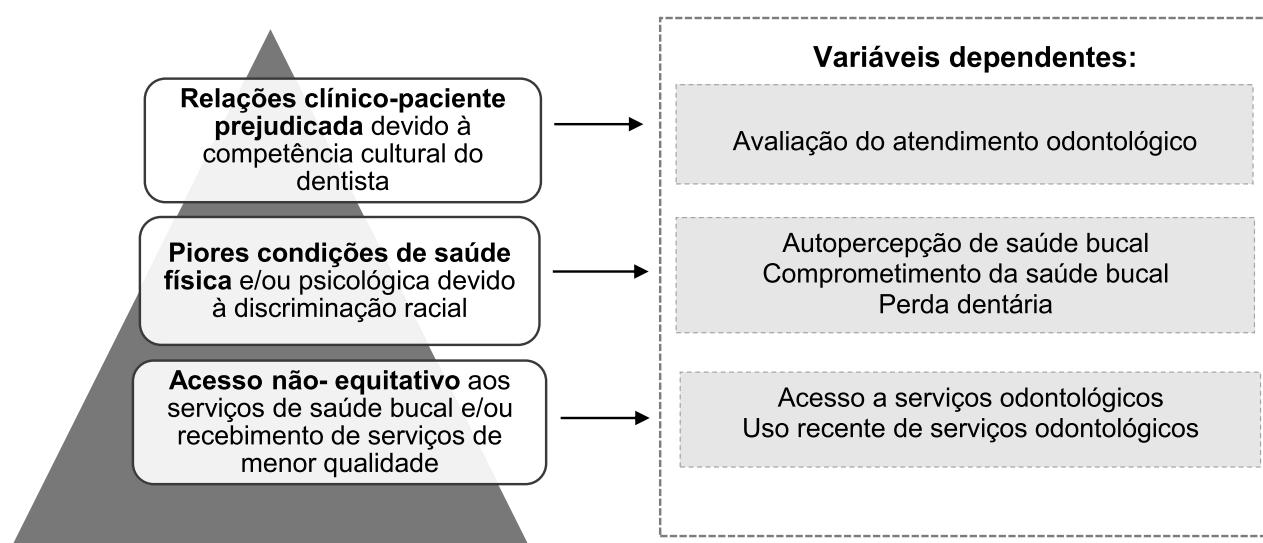
5.3.6 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo são descritas a seguir.

5.3.6.1 Variáveis dependentes

Jamieson et al. (2021) descrevem os principais impactos do racismo na saúde bucal, sendo eles: o acesso desigual a serviços odontológicos de qualidade, relações clínico-paciente prejudicadas devido à falta de competência cultural por parte do cirurgião-dentista e comprometimento da saúde física em decorrência da discriminação racial. Baseado nesse referencial, foram selecionados três desfechos relacionados à saúde bucal (autopercepção da saúde bucal, comprometimento da saúde bucal e perda dentária) e três relacionados ao acesso a serviços odontológicos (acesso aos serviços odontológicos, uso recente de serviços odontológicos e avaliação do atendimento odontológico), conforme ilustrado na figura 1.

Figura 1 – Variáveis dependentes do estudo, selecionadas de acordo com o modelo proposto por Jamieson et al. (2021).



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

No Quadro 4, estão apresentadas as questões utilizadas para a coleta das variáveis dependentes, juntamente com as opções de resposta e a categorização adotada para a análise.

Quadro 4 – Variáveis dependentes do estudo, questões utilizadas para a coleta e categorização adotada para a análise.

Variáveis	Questão e opções de respostas	Categorização para análise	Fonte
Autopercepção de saúde bucal	“Em geral, como você avalia a sua saúde bucal (dentes e gengivas)?” 1- Muito boa; 2- Boa; 3- Regular; 4- Ruim; 5- Muito ruim.	1- Autoavaliação positiva (muito boa; boa); 2- Autoavaliação negativa (regular; ruim; muito ruim).	PNS 2019 (Módulo U) (IBGE, 2020).
Comprometimento da saúde bucal	“Durante os últimos 12 meses, com que frequência você teve dor de dente?” 1- Muito frequentemente; 2- Frequentemente; 3- Às vezes; 4-Raramente; 5- Nunca. “Com que frequência você se sentiu desconfortável com a aparência de seus dentes, boca ou dentaduras durante nos últimos 12 meses?” 1- Muito frequentemente; 2- Frequentemente; 3- Às vezes; 4-Raramente; 5- Nunca. “Com que frequência você teve que evitar comer alguns alimentos por causa de problemas com os dentes, boca ou dentaduras nos últimos 12 meses?” 1- Muito frequentemente; 2- Frequentemente; 3- Às vezes; 4-Raramente; 5- Nunca.	1- Com comprometimento da saúde bucal (“Muito frequentemente”; “Frequentemente”; “Às vezes” para pelo menos uma das questões); 2- Sem comprometimento da saúde bucal (“Raramente”; “Nunca” em todas as três questões).	Schuch et al., 2021.
Perda dentária	“Lembrando-se dos seus dentes permanentes de baixo e de cima, você já perdeu/precisou extrair algum? (não inclui extração de sisos ou para tratamento ortodôntico/aparelho)” 1- Sim; 2- Não.	1- Sim; 2- Não.	Adaptado da PNS 2019 (Módulo U) (IBGE, 2020).
Acesso a serviços odontológicos	“No último ano, você procurou algum consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/equipe de	1- Acesso a serviços de saúde bucal (“Procurei e fui agendado para	Projeto SB Brasil 2020 (Brasil, 2019).

	saúde bucal para ser atendido?” 1- Não procurei; 2- Procurei e não fui atendido; 3- Procurei e fui agendado para outro dia/outro local; 4- Procurei e fui atendido.	outro dia/outro local”; “Procurei e fui atendido”); 2- Falta de acesso a serviços de saúde bucal (“Procurei e não fui atendido”).	
Uso recente de serviços odontológicos	“Quando você consultou o dentista pela última vez?” 1- Até um ano; 2- Mais de 1 ano a 2 anos; 3- Mais de 2 anos a 3 anos; 4- Mais de 3 anos; 5- Nunca fui ao dentista.	1- Uso recente (“Até 1 ano”); 2- Não uso recente (“Mais de 1 ano a 2 anos”; “Mais de 2 anos a 3 anos”; “Mais de 3 anos”; “Nunca foi ao dentista”).	Projeto SB Brasil 2020 (Brasil, 2019).
Avaliação do atendimento odontológico	“O que você achou do tratamento que você recebeu na sua última consulta ao dentista?” 1- Muito bom; 2- Bom; 3- Regular; 4- Ruim; 5- Muito ruim; 6- Nunca fui a dentista.	1- Avaliação positiva (Muito bom”; “Bom”); 2- Avaliação negativa (“Regular”; “Ruim”; “Muito Ruim”).	Adaptado de Projeto SB Brasil 2020 (Brasil, 2019).

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

5.3.6.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes incluíram: raça/cor, discriminação racial, Índice de Interação Racial (IIR) do município de residência e caracterização da vizinhança, conforme apresentado no quadro 5.

Neste estudo, dado que muitos estudantes necessitam se deslocar para outra cidade para cursar a graduação, foi considerado o município e a vizinhança nos quais os alunos viveram durante a maior parte de suas vidas ou, no mínimo, por cinco anos, com o intuito de capturar as experiências que influenciaram suas oportunidades ao longo do tempo.

Quadro 5 – Variáveis independentes do estudo.

Variáveis	Descrição	Fonte
Raça/ cor	Raça/ cor autodeclarada. Estratificada em: branca, preta, parda, amarela e indígena.	Classificação adotada pelo IBGE (IBGE, 2023).
Discriminação racial	Variável dicotômica: 1- Discriminado; 2- Não discriminado. Foi considerado discriminado o indivíduo que mencionou ter sofrido tratamento diferencial motivado pela raça em pelo menos uma das 8 questões e que tenha avaliado o ato como discriminatório (resposta “sim” nas questões c).	Versão abreviada da Escala de Discriminação Explícita (EDE) (Bastos; Reichenheim; Paradies, 2022).

Índice de Interação Racial (IIR) do município de residência	Medida de segregação residencial que varia de 0 (menor interação) a 1 (maior interação). Cálculo: $IIR = \frac{\sum_i \left \frac{b_i}{B} \times \frac{a_i}{t_i} \right }{2}$ Em que: IIR=índice de interação racial; ai =população do grupo A (branca) na subárea i; bi =população do grupo B (negra) na subárea i; B=população do grupo B na área maior; ti =população total na subárea i; subárea=setores censitários; área maior=município. A análise foi realizada a partir da categorização em "alto IIR" e "baixo IIR", com base na divisão pela mediana.	Censo demográfico de 2022 (IBGE, 2023).
Caracterização da vizinhança	Somatório global dos itens que compõem a escala e para a análise será categorizada em: “menos problemas no bairro” (tercil inferior: 0 a 10) e “mais problemas no bairro” (tercil intermediário e terceiro superior: 11 a 32) (Zanelatto et al., 2019).	Escala de percepção de vizinhança-EpiFloripa 2009 - (Höfelmann et al, 2013).

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

5.3.6.3 Covariáveis

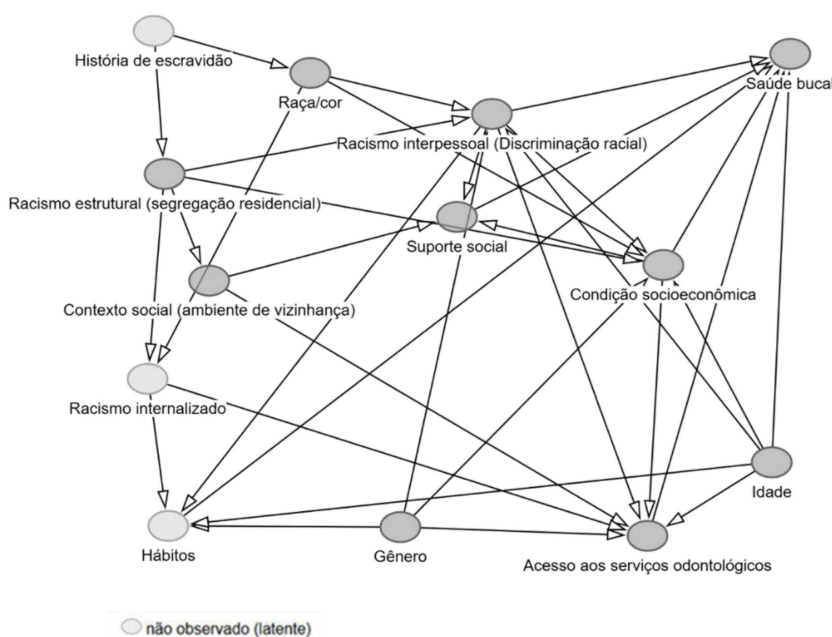
Foram incluídas as seguintes covariáveis no estudo:

- Idade (em anos completos).
- Gênero (feminino cisgênero, masculino cisgênero, feminino transgênero, masculino transgênero, não binário e agênero).
- Estado conjugal (com cônjuge; sem cônjuge).
- Renda familiar mensal (até 3 salários mínimos; de 3 a 5 salários mínimos; 5 salários mínimos ou mais).
- Escolaridade materna (até ensino fundamental completo; ensino médio incompleto ou completo; ensino superior incompleto ou mais).
- Atividade remunerada (sim; não).
- Tipo de escola no ensino médio (escola pública; escola privada).
- Ingresso na universidade através de cotas raciais (sim; não).
- Auxílio estudantil (sim; não).
- Área de conhecimento do curso (ciências da saúde ou biológicas; ciências exatas e engenharias; ciências humanas e sociais).

5.3.7 Análise dos dados

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software R, versão 4.2.1. Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos dados. A associação entre os desfechos e as exposições foi investigada por meio de análises bivariadas e multivariadas através de regressão de Poisson com variância robusta, com estimativa das razões de prevalência brutas e ajustadas, utilizando intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para estabelecer as relações causais e ajustar os fatores de confusão, foram empregados gráficos acíclicos direcionados (DAGs) (Apêndice C), construídos no software de domínio público DAGitty (disponível em <http://www.dagitty.net/>), com base em orientações da literatura (Howe et al., 2022). Variáveis latentes, ou seja, não observadas, também foram incorporadas ao DAG para representar fatores que não foram diretamente mensurados, mas que influenciam as variáveis observadas, permitindo uma análise mais precisa das relações causais. O ajuste do modelo múltiplo final foi verificado pela análise dos resíduos, avaliando superdispersão, normalidade e outliers. Os resultados confirmaram a adequação do ajuste do modelo. A figura 2 apresenta o diagrama causal entre exposições, desfechos e covariáveis do estudo.

Figura 2 – Diagrama causal das relações entre exposições, desfechos e covariáveis.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

5.3.8 Aspectos éticos

O estudo segue as recomendações do Ministério da Saúde, Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o número 6.041.263 (Anexo A).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão referentes a tese¹ encontram-se nos seguintes artigos científicos²:

- Artigo 1: “Papel do racismo nas iniquidades em saúde bucal da população negra: uma revisão sistemática”.
- Artigo 2: “Iniquidades raciais em saúde bucal na população brasileira: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019”, submetido e aceito para publicação pela revista *Ciência e Saúde Coletiva*³ (Anexo B).
- Artigo 3: “Racismo, saúde bucal e acesso a serviços odontológicos: o impacto da discriminação racial, da segregação residencial e do ambiente de vizinhança”.

¹ Outras produções da autora, resultantes desta tese, estão apresentadas nos Apêndices D, E, F, G.

² Os artigos estão apresentados de acordo com as normas de publicação das revistas nas quais foram submetidos.

³ Publicação *ahead of print* disponível em:
<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/iniquidades-raciais-em-saude-bucal-na-populacao-brasileira-uma-analise-da-pesquisa-nacional-de-saude-de-2019/19377>

6.1 ARTIGO 1

Papel do racismo nas iniquidades em saúde bucal da população negra: uma revisão sistemática

El papel del racismo en las inequidades en salud bucal de la población negra: una revisión sistemática

The Role of Racism in Oral Health Inequities among the Black Population: A Systematic Review

Resumo

Introdução: As iniquidades raciais em saúde bucal são amplamente reconhecidas, mas as explicações para essas iniquidades são pouco exploradas.

Objetivo: Avaliar a associação entre racismo e saúde bucal, com foco na população negra.

Método: Realizou-se uma revisão sistemática utilizando as bases de dados PubMed, BVS, Embase, Scopus e Web of Science, além da literatura cinzenta, entre abril e maio de 2023. A busca utilizou descritores sobre racismo e saúde bucal. Os artigos incluídos foram avaliados quanto à sua qualidade metodológica.

Resultados: De 1.034 publicações identificadas (601 das bases de dados e 433 da literatura cinzenta), 6 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade e foram incluídos na amostra final. Quatro estudos avaliaram o impacto do racismo interpessoal na saúde bucal e dois, o do racismo estrutural. Nenhum estudo abordou o racismo internalizado como exposição. Os desfechos avaliados incluíram saúde bucal percebida, perda dentária e edentulismo.

Conclusão: Os resultados indicam que o racismo tem um impacto significativo na saúde bucal da população negra. Embora o número de estudos sobre racismo e saúde bucal tenha aumentado nos últimos anos, é necessário ampliar as investigações sobre como os diferentes tipos de racismo afetam a saúde bucal dessa população.

Palavras chave: Racismo; Iniquidades em saúde; Saúde bucal.

Resumen

Introducción: Las inequidades raciales en salud bucal están ampliamente reconocidas, pero sus causas han sido poco exploradas.

Objetivo: Analizar la producción científica sobre la asociación entre racismo y salud bucal, enfocándose en la población negra.

Método: Se realizó una revisión sistemática en PubMed, BVS, Embase, Scopus y Web of Science, además de literatura gris, entre abril y mayo de 2023. Se usaron descriptores sobre racismo y salud bucal, y los artículos fueron evaluados en cuanto a su calidad metodológica.

Resultados: De 1.034 registros identificados (601 en bases de datos y 433 en literatura gris), 6 cumplieron los criterios de elegibilidad. Cuatro estudios analizaron el racismo interpersonal y dos, el estructural. Ninguno abordó el racismo internalizado. Los desenlaces evaluados incluyeron salud bucal percibida, pérdida dentaria y edentulismo.

Conclusión: El racismo impacta significativamente la salud bucal de la población negra. Aunque el número de estudios ha crecido, es necesario profundizar en cómo los distintos tipos de racismo influyen en esta población.

Palabras clave: Racismo; Inequidades en salud; Salud bucal.

Abstract

Introduction: Racial inequities in oral health are widely recognized, but the explanations for these disparities are underexplored.

Objective: To analyze the scientific literature on the association between racism and oral health, with a focus on the Black population.

Method: A systematic review was conducted using the PubMed, BVS, Embase, Scopus, and Web of Science databases, as well as grey literature, between April and May 2023. The search used descriptors related to racism and oral health. The included studies were assessed for methodological quality.

Results: Of the 1,034 records identified (601 from databases and 433 from grey literature), 6 studies met the eligibility criteria and were included in the final sample. Four studies assessed the impact of interpersonal racism on oral health, and two examined structural racism. No studies addressed internalized racism as exposure. The outcomes evaluated included perceived oral health, tooth loss, and edentulism.

Conclusion: The results indicate that racism has a significant impact on the oral health of the Black population. Although the number of studies on racism and oral health has increased in recent years, further research is needed on how different types of racism affect the oral health of this population.

Keywords: Racism; Health inequities; Oral health.

Introdução

A literatura reconhece amplamente as iniquidades raciais em saúde bucal, com estudos mostrando que a população negra tem maior prevalência de problemas como cárie, doença periodontal e perda dentária em comparação à população branca^{1,2,3,4,5,6,7,8}. No entanto, as causas dessas iniquidades ainda são pouco exploradas^{5,9}.

Frequentemente, as iniquidades de saúde entre grupos raciais privilegiados e desfavorecidos são explicadas com base no status socioeconômico individual, no entanto, essa abordagem tende a minimizar o impacto do racismo nas condições de saúde das populações¹⁰.

O racismo é a grande raiz das iniquidades raciais em saúde em todo mundo e consiste em um sistema que atua em diferentes níveis: estrutural, interpessoal e internalizado^{11,12}. O

racismo estrutural se refere à totalidade de maneiras pelas quais as sociedades promovem a discriminação racial por meio de sistemas de reforço mútuo de moradia, educação, emprego, ganhos, benefícios, crédito, mídia, assistência médica e justiça criminal. Essas políticas e práticas sobrepostas oferecem preferencialmente oportunidades, vantagens, serviços ou apoios a um grupo racial, ao mesmo tempo em que privam outros grupos raciais dos mesmos benefícios. No nível interpessoal, o racismo se manifesta como preconceito e discriminação contra os outros com base em raça ou etnia. E no nível internalizado, refere-se à aceitação das concepções sociais que associam inferioridade biológica e/ou cultural a grupos racializados, levando-os a internalizar essas ideias como verdades^{13,14,15,16}.

Revisões sistemáticas anteriores examinaram a relação entre racismo e saúde geral, demonstrando que o racismo está relacionado a piores condições de saúde mental e física^{17,18,19}. Na literatura sobre saúde bucal, algumas revisões sistemáticas investigaram iniquidades raciais na cárie dentária²⁰ e em condições de saúde bucal⁸. No entanto, nenhuma dessas revisões incluiu explicitamente o racismo em suas questões de pesquisa ou buscou compreender o papel do racismo como fator determinante das iniquidades raciais na saúde bucal. Embora seja fundamental documentar as iniquidades raciais nos desfechos de saúde bucal para entender a magnitude e a extensão destas, é fundamental que a literatura também incorpore análises que busquem explicar as causas das iniquidades raciais em saúde bucal, o que implica incluir o racismo no centro das pesquisas. Até onde se sabe, nenhuma revisão abordou diretamente a relação entre racismo e resultados de saúde bucal.

Assim, foi conduzida uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar a associação entre racismo e saúde bucal, com foco na população negra, historicamente exposta ao racismo. Espera-se identificar tendências e lacunas da literatura sobre iniquidades raciais em saúde bucal, além de incentivar pesquisas que não apenas documentem essas iniquidades, mas também busquem esclarecer os mecanismos que as geram e perpetuam.

Métodos

Foi realizada uma revisão sistemática de acordo com as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)²¹. O protocolo do estudo foi registrado no PROSPERO sob número CRD42023418470.

Foi utilizada a estratégia PECO (População, Exposição, Comparação e Resultado) para formular a questão da pesquisa e orientar a seleção de estudos. A população (P) de interesse foi composta por indivíduos negros (pretos e/ou pardos); a exposição (E) abrangeu diferentes níveis de manifestação do racismo, incluindo racismo interpessoal, internalizado, institucional, estrutural e/ou sistêmico; não foi incluído grupo de comparação (C), a fim de não excluir os estudos que analisaram apenas o grupo de raça negra; e os resultados (O) investigados foram desfechos de saúde bucal avaliados clinicamente e/ou autorrelatados.

Foram incluídos estudos observacionais que buscaram avaliar a associação entre algum nível de racismo e resultados de saúde bucal na população negra. Não houve restrições de idioma e ano de publicação. Os critérios de exclusão abrangeram estudos que avaliaram iniquidades raciais em saúde bucal sem, no entanto, incluir o racismo em suas estruturas explicativas, estudos qualitativos, revisões de literatura, comunicações curtas, editoriais, além de estudos cuja população de estudo não incluiu a raça negra.

As buscas foram realizadas entre abril e maio de 2023 nas bases de dados: Medical Literature and Retrieval System onLine (MEDLINE/PubMed) via National Library of Medicine; Embase; Scopus; Web of Science; e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PAHO-IRIS e MEDLINE acessados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Uma pesquisa adicional na literatura cinzenta foi realizada através do Google Scholar e ProQuest. Além disso, foram realizadas buscas manuais das referências dos estudos incluídos.

A ferramenta PECO serviu de base para a elaboração da estratégia de busca, conforme apresentado no quadro 1. Empregaram-se termos controlados do MeSH (Medical Subject Headings) para as bases PubMed, Scopus e Web of Science, do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para a BVS e do Emtree (Embase subject headings) para a Embase. Além disso, também foram utilizados termos livres a fim de se ampliar a busca.

Quadro 1. Termos selecionados para compor a estratégia de busca com base no formato PECO.

População (P)	Exposição (E)	Comparação (C)	Desfecho (O)
Black People ^a Blacks ^a	Racism ^a Racial Discrimination ^a Racial Disparities ^b Racial Prejudice ^b Race Factors ^a Racial Groups ^a Racial Inequity ^b Racial Inequality ^b Perceived Racial Discrimination ^b Systemic Racism ^a Institutional Racism ^a Structural Racism ^a Internalized Racism ^b	-	Oral Health ^a Oral Health Disparities ^b Periodontal Diseases ^a Dental Caries ^a Tooth Loss ^a Dental Pain ^b Toothache ^a Oral Health Self-perception ^b Oral Health-related Quality of Life ^b

^a Termo MeSH/ DeCS

^b Termo livre

Os termos selecionados foram combinados com os operadores booleanos OR e/ou AND, de modo que se definiu a estratégia final de busca para cada base de dados (quadro 2).

Quadro 2. Estratégia de busca utilizadas.

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed/MEDLINE	("Black People"[TIAB] OR "Black People"[MH] OR "Black"[TIAB]) AND ("Racism"[TIAB] OR "Racism"[MH] OR "Racial Discrimination"[TIAB] OR "Racial disparities"[TIAB] OR "Racial Prejudice"[TIAB] OR "Race Factors"[MH] OR "Racial Groups"[MH] OR "Racial inequity"[TIAB] OR "Racial inequality"[TIAB] OR "Perceived racial discrimination"[TIAB] OR "Systemic racism"[TIAB] OR "Systemic racism"[MH] OR "Institutional Racism"[TIAB] OR "Structural Racisms"[TIAB] OR "Internalized racism"[TIAB]) AND ("Oral health"[TIAB] OR "Oral health"[MH] OR "Oral health disparities"[TIAB] OR "Periodontal diseases"[TIAB] OR "Periodontal diseases"[MH] OR "Dental caries"[MH] OR "Dental caries"[TIAB] OR "Tooth loss"[TIAB] OR "Tooth loss"[MH] OR "Dental pain"[TiAB] OR "Toothache"[TIAB] OR "Toothache"[MH] OR "Oral health self-perception"[TIAB] OR "Oral health-related quality of life"[TIAB])

LILACS, PAHO-IRIS e MEDLINE via BVS	(tw:"Black People" OR mh:"Black People" OR tw:"Black") AND (tw:"Racism" OR mh:"Racism" OR tw:"Racial Discrimination" OR tw:"Racial disparities" OR tw:"Racial Prejudice" OR mh:"Race Factors" OR mh:"Racial Groups" OR tw:"Racial inequity" OR tw:"Racial inequality" OR tw:"Perceived racial discrimination" OR tw:"Systemic racism" OR mh:"Systemic racism" OR tw:"Institutional Racism" OR tw:"Structural Racisms" OR tw:"Internalized racism") AND (tw:"Oral health" OR mh:"Oral health" OR tw:"Oral health disparities" OR tw:"Periodontal diseases" OR mh:"Periodontal diseases" OR mh:"Dental caries" OR tw:"Dental caries" OR tw:"Tooth loss" OR mh:"Tooth loss" OR tw:"Dental pain" OR tw:"Toothache" OR mh:"Toothache" OR tw:"Oral health self-perception" OR tw:"Oral health-related quality of life")
Embase	#1 'Black person'/exp OR 'Black person' OR 'Black People' OR 'Black' #2 'Racism'/exp OR 'Racism' OR 'Racial Discrimination' OR 'Racial disparity'/exp OR 'Racial disparity' OR 'Racial Prejudice' OR 'Race Factors' OR 'race'/exp OR 'Racial Groups' OR 'Racial inequity' OR 'Racial inequality' OR 'Perceived racial discrimination' OR 'Systemic racism' OR 'Institutional Racism' OR 'Structural Racism'/exp OR 'Structural Racism' OR 'Internalized racism' #3 'Oral health' OR 'Oral health disparities' OR 'Periodontal disease'/exp OR 'Periodontal disease' OR 'Dental caries'/exp OR 'Dental caries' OR 'Tooth loss' OR 'Tooth pain'/exp OR 'Tooth pain' OR 'Toothache' OR 'Oral health self-perception' OR 'Oral health-related quality of life'/exp OR 'Oral health-related quality of life' #1 AND #2 AND #3
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (("Black People" OR black))) AND (TITLE-ABS-KEY (("Racism" OR "Racial Discrimination" OR "Racial disparities" OR "Racial Prejudice" OR "Race Factors" OR "Racial Groups" OR "Racial inequity" OR "Racial inequality" OR "Perceived racial discrimination" OR "Systemic racism" OR "Institutional Racism" OR "Structural Racisms" OR "Internalized racism"))) AND (TITLE-ABS-KEY (("Oral health" OR "Oral health disparities" OR "Periodontal diseases" OR "Dental caries" OR "Tooth loss" OR "Dental pain" OR "Toothache" OR "Oral health self-perception" OR "Oral health-related quality of life")))
Web of Science	#1 (TS=("Black People")) OR TS=(Black) #2 (((((((((((TS=("Racism")) OR TS=("Racial Discrimination")) OR TS=("Racial disparities")) OR TS=("Racial Prejudice")) OR TS=("Race Factors")) OR TS=("Racial Groups")) OR TS=("Racial inequity")) OR TS=("Racial inequality")) OR TS=("Perceived racial discrimination")) OR TS=("Systemic racism")) OR TS=("Institutional Racism")) OR TS=("Structural Racisms")) OR TS=("Internalized racism") #3 (((((((TS=("Oral health")) OR TS=("Oral health disparities")) OR TS=("Periodontal diseases")) OR TS=("Dental caries")) OR TS=("Tooth loss")) OR TS=("Dental pain")) OR TS=("Toothache")) OR TS=("Oral health self-perception")) OR TS=("Oral health-related quality of life") (#1) AND(#2) AND (#3))
Literatura cinzenta	
ProQuest	Racism AND "Oral health" AND "blacks" Racismo AND "Saúde bucal" AND negros (Filtros: Scholarly Journals OR Dissertations e Theses)

Google Scholar	allintitle: Racism "Oral health" allintitle: Racismo "Saúde bucal"
-----------------------	---

Os resultados das buscas foram exportados para o software EndNote, onde realizou-se a exclusão dos artigos duplicados e a seleção dos artigos. A seleção foi realizada por dois pesquisadores que, de maneira independente, avaliaram a elegibilidade dos artigos seguindo as etapas de leitura dos títulos, resumos e textos na íntegra. Em caso de discordância sobre a elegibilidade entre os dois revisores, a decisão de inclusão ou exclusão dos artigos foi feita por um terceiro pesquisador com vasta experiência na área. Ao final do processo, obteve-se o total de estudos elegíveis para compor a revisão sistemática.

A extração de dados dos artigos incluídos foi realizada por dois pesquisadores de forma independente. Um terceiro pesquisador foi consultado para consenso em caso de discrepância entre os dois pesquisadores. Foi construído um formulário de extração de dados para reunir as informações mais relevantes de cada estudo, incluindo: características do estudo (autores, ano, idioma, localização e desenho do estudo), característica da população (número de participantes, grupos raciais incluídos, faixa etária da população do estudo), características da exposição (tipo de exposição ao racismo: internalizado, interpessoal ou estrutural, bem como forma de mensuração da exposição), desfechos de saúde bucal avaliados e principais resultados do estudo.

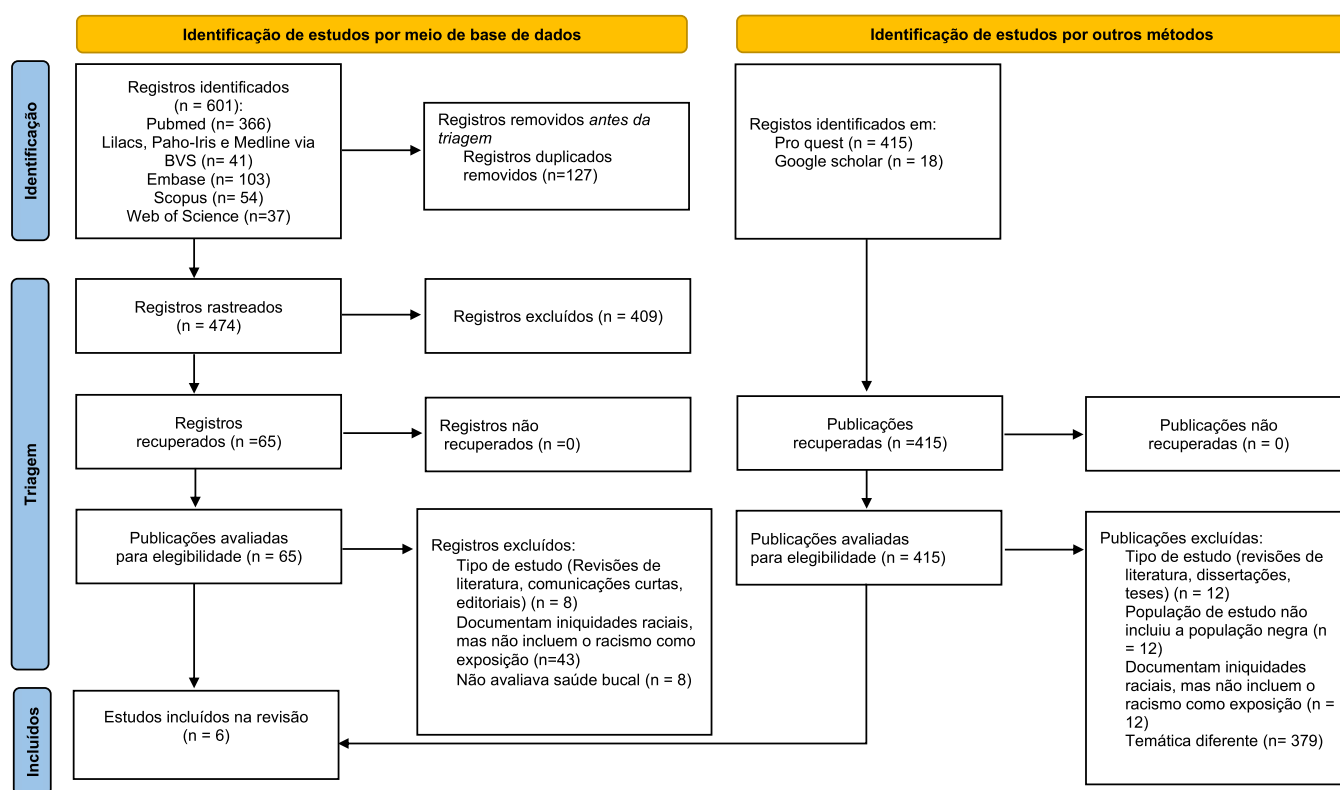
Os estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade propostos tiveram sua qualidade metodológica avaliada. Foi utilizada a versão adaptada da escala Newcastle Ottawa para estudos transversais²². O instrumento avalia a qualidade metodológica em três domínios (seleção, comparação e desfecho) e utiliza um sistema de pontuação por estrelas, com um total máximo de 10 pontos. Quanto mais estrelas o estudo receber, maior qualidade metodológica e menor o risco de viés. Cada estudo foi revisado e pontuado de forma independente por dois

pesquisadores e, em caso de discrepância, um terceiro pesquisador foi consultado. Todos os estudos foram incluídos na revisão independentemente de sua pontuação.

Resultados

O processo de busca resultou na identificação de 1.034 publicações, sendo 601 provenientes das bases de dados e 433 da literatura cinzenta (Pro quest e Google Scholar). A figura 1 apresenta o fluxograma de seleção dos artigos. A amostra final foi composta de 6 artigos.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos para a revisão sistemática, segundo orientação PRISMA.



Quanto à qualidade metodológica, todos os artigos incluídos apresentaram baixo risco de viés (pontuação igual ou superior a 5), conforme apresentado no quadro 3.

Quadro 3. Avaliação do risco de viés pela Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale adaptada para estudos transversais.

Estudo	Seleção				Comparabilidade	Resultado	
	S1	S2	S3	S4	C1	O1	O2
Celeste et al., 2013	*	*	-	*	**	*	*
McGlumphy; Damen; Hasson, 2019	*	*	-	**	**	*	*
Muralikrishnan; Sabbah, 2021	*	*	*	**	**	*	*
Bastos et al., 2022	*	*	*	**	**	*	*
Singhal; Jackson. 2022	*	*	*	**	**	*	*
Bastos et al., 2023	*	*	*	**	**	*	*

S1: viés de representatividade da amostra; S2: viés de tamanho de amostra; S3: viés de não entrevistados; S4: viés na apuração da exposição. C1, viés nos sujeitos em diferentes grupos de comparação e controle de fatores de confusão. O1, viés na avaliação do resultado; O2, viés no teste estatístico.

O Quadro 4 apresenta as principais características dos estudos incluídos. Dos 6 estudos, 5 foram realizados nos Estados Unidos e 1 no Brasil. Todos eram estudos transversais e estavam disponíveis exclusivamente em inglês. Quanto ao ano de publicação, 1 artigo foi publicado em 2013, 1 em 2019, 1 em 2021, 2 em 2022 e 1 em 2023, evidenciando uma distribuição temporal recente.

Quadro 4. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Autor/ ano	Local	População de estudo	Grupos raciais	Nível de racismo avaliado	Exposição / Desfecho	Mensuração do racismo	Principais resultados
Celeste et al., 2013	Brasil	3253 servidores públicos em 1999–2001 do Estudo Pró-Saúde.	Brancos, pretos e pardos.	Racismo interpessoal.	Discriminação racial, raça e marcadores Comportamentais / Perda dentária autorrelatada.	Versão resumida e adaptada da Everyday Discrimination Scale.	Negros (RP 1,39; IC95% 1,12–1,72) e pardos (RP 1,33; IC95% 1,10–1,60) tiveram maior probabilidade de perda dentária que brancos. A discriminação não se associou à

Autor/ ano	Local	População de estudo	Grupos raciais	Nível de racismo avaliado	Exposição / Desfecho	Mensuração do racismo	Principais resultados
							perda dentária.
McGlumphy; Damen; Hasson, 2019	Estados Unidos	156 adolescentes afro- americanos entre 11 e 18 anos.	Afro- americanos.	Racismo interpessoal.	Discriminação racial, estresse percebido e estresse diário / Saúde bucal percebida.	Adolescent Discrimination Distress Index.	Maior exposição à discriminação racial previu pior saúde bucal percebida mesmo após ajustes ($\beta = -0,01 \pm 0,007$, $p = 0,048$).
Muralikrishnan; Sabbah, 2021	Estados Unidos	4.858 indivíduos que participaram do Behavioral Risk Factor Surveillance System 2014 (BRFSS) com idades entre 18 e 44 anos.	Branco, negro, hispânicos, asiáticos e multirracial.	Racismo interpessoal.	Discriminação racial / Perda dentária autorrelatada.	Questões do módulo “reações à raça” do BRFSS sobre experiências de discriminação racial.	Indivíduos que relataram discriminação em unidade de saúde tiveram 141% mais perda dentária em comparação aos que não relataram (RP 2,41; IC95% 1,47-3,98).
Bastos et al, 2022	Estados Unidos	107935 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos que participaram do Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) 2010.	Branco não hispânico e negro não hispânico.	Racismo estrutural.	Racismo estrutural, sexismo estrutural e desigualdade de renda em nível estadual / Edentulismo autorreferido.	Índice estadual de racismo estrutural construído a partir de nove indicadores estaduais de desigualdade racial nos domínios judiciário, educacional, político, econômico e segregação.	Viver em estados com altos níveis de racismo e sexismo estrutural aumentou em 60% a probabilidade de edentulismo entre negros, em comparação com brancos

Autor/ ano	Local	População de estudo	Grupos raciais	Nível de racismo avaliado	Exposição / Desfecho	Mensuração do racismo	Principais resultados
							em regiões com níveis mais baixos dessas opressões ($\exp(0,47) = 1,60$).
Singhal; Jackson. 2022	Estados Unidos	33.924 adultos com 18 anos ou mais que participaram do Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) 2014.	Hispânicos, brancos não hispânicos e negros não hispânicos.	Racismo interpessoal.	Discriminação racial e raça / Perda dentária autorrelatada e visita ao dentista nos últimos 12 meses.	Questão do módulo “reações à raça” do BRFSS sobre experiências de discriminação racial em ambientes de assistência à saúde.	Quem relatou pior tratamento devido à raça teve 12% mais probabilidade de perda de dentes ($RR = 1,12$; $IC95\% 1,02-1,24$) e 15% menos probabilidade de visitar o dentista ($RR = 0,85$; $IC95\% 0,73-0,98$).
Bastos et al., 2023	Estados Unidos	197.222 adultos do Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) 2010 com idades entre 18 e 64 anos.	Branco não hispânicos e negros não hispânicos.	Racismo estrutural.	Racismo estrutural, sexismo estrutural e desigualdade de renda em nível estadual / Edentulismo autorreferido.	Índice estadual de racismo estrutural construído a partir de nove indicadores estaduais de desigualdade racial nos domínios judiciário, educacional, político, econômico e segregação.	Interseções entre sexismo e racismo estrutural e desigualdade de renda aumentaram a probabilidade de edentulismo. A combinação de alto sexismo e racismo estrutural

Autor/ ano	Local	População de estudo	Grupos raciais	Nível de racismo avaliado	Exposição / Desfecho	Mensuração do racismo	Principais resultados
							elevou a probabilidade de perda total de dentes em 1,5 (IC95% 1,1-2,2).

Os grupos raciais analisados nos estudos variaram. Dois estudos incluíram brancos não hispânicos e negros não hispânicos^{23,24}, enquanto um estudo incluiu hispânicos, brancos não hispânicos e negros não hispânicos²⁵. Outro estudo abordou brancos, negros, hispânicos, asiáticos e multirraciais²⁶, enquanto um estudo diferenciou o grupo de negros em pretos e pardos, incluindo assim brancos, pretos e pardos²⁷. Por fim, um estudo focou exclusivamente em afro-americanos²⁸.

Em relação ao nível de racismo incluído como exposição, 4 artigos avaliaram o racismo interpessoal e 2 analisaram o racismo estrutural. Não foram identificados estudos sobre a associação entre racismo internalizado e saúde bucal. Entre os estudos que avaliaram o racismo interpessoal, a variável de exposição foi a discriminação racial, medida de diferentes formas: I) através do uso de uma escala validada para essa análise, como no estudo de McGlumphy *et al.*²⁸, que empregaram o Adolescent Discrimination Distress Index; II) por meio da adaptação de uma escala validada, no caso do estudo de Celeste *et al.*²⁷, que utilizou uma versão resumida e adaptada da Everyday Discrimination Scale; e III) através de questões sobre experiências de discriminação racial, que foi o caso dos artigos de Muralikrishnan e Sabbah²⁶ e Singhal e Jackson²⁵, nos quais foram utilizadas questões do módulo “reações à raça” do Behavioral Risk Factor Surveillance System de 2014, que se trata de uma pesquisa nacionalmente representativa dos Estados Unidos. Os estudos que utilizaram o racismo estrutural como variável de exposição adotaram uma abordagem interseccional, que analisou de forma integrada o racismo estrutural,

o sexismo estrutural e a desigualdade de renda em nível estadual. Em ambos os estudos, foi utilizado um índice estadual de racismo estrutural, que se baseou em 9 indicadores de iniquidade racial distribuídos por 5 domínios da vida: judicial, educacional, político, econômico e segregação^{23,24}.

Os desfechos analisados foram todos autorrelatados e incluíram: perda dentária^{27,26,25}, saúde bucal percebida²⁸ e edentulismo^{23,24}.

Em todas as pesquisas uma maior exposição ao racismo foi associada a piores resultados de saúde bucal. Ressalva se faz em relação ao estudo de Celeste *et al.*²⁷, no qual, embora pretos e pardos tenham apresentado maior probabilidade de perda dentária em comparação aos brancos, essa diferença não foi explicada especificamente pela discriminação racial, mas foi associada a variáveis comportamentais e socioeconômicas.

Discussão

Os estudos incluídos nessa revisão sistemática destacaram o racismo como um determinante importante da saúde bucal.

Seus resultados contribuíram para evidenciar as iniquidades raciais que afetam a população negra em diversas áreas da vida, incluindo a saúde bucal⁶. Celeste *et al.*²⁷ demonstraram, após ajuste para potenciais confundidores e mediadores, que os brasileiros autodeclarados como pretos apresentaram uma razão de chances de estar em uma categoria mais alta de dentes perdidos igual a 1,39 (IC 95% 1,12–1,72), e os pardos, 1,33 (IC 95% 1,10–1,60), quando comparados aos brancos. Nos Estados Unidos, Muralikrishnan e Sabbah²⁶ observaram que a chance de perda dentária entre negros foi de 2,67 (IC 95% 1,95–3,66) em comparação com brancos. Também no contexto norte-americano, Singhal e Jackson²⁵ indicaram que negros não hispânicos apresentavam 1,36 mais probabilidade de perda de algum dente em comparação com brancos não-hispânicos (IC95% 1.28–1.45). Na pesquisa realizada

por Bastos et al. (2023) foi identificado, após ajustes para características individuais e estaduais, que entre adultos em idade produtiva (18 a 64 anos), homens negros (RP= 1,48 IC95% 1,41-1,55) e mulheres negras (RP= 1,76 IC95% 1,70-1,83) tinham maiores chances de perda dentária em comparação com homens brancos. Neste mesmo estudo, a prevalência de edentulismo foi, respectivamente, 2,7% (IC95% 2,5-2,8) e 2,9% (IC95% 2,8-3,1) para homens e mulheres brancos, e 3,1% (2,6-3,7) e 3,3% (IC95% 3,0-3,7) para homens e mulheres negros. Bastos et al. (2022) também observaram que, entre os indivíduos com 65 anos ou mais, a prevalência de edentulismo foi 1,6 vezes maior entre os negros não hispânicos (24,2%, IC95% 22,7–25,7) do que entre os brancos não hispânicos (15,6%, IC95% 15,3–16,0).

Tais resultados reforçam os achados de diversos estudos que evidenciaram a presença de iniquidades raciais em diferentes indicadores de saúde bucal na população negra, como cárie¹, doença periodontal², perda dentária⁴ e pior autoavaliação da saúde bucal²⁹. Em uma revisão sistemática sobre iniquidades raciais em desfechos de saúde bucal, Reis *et al.*⁸ identificaram 18 estudos que apontaram que indivíduos de raça/cor preta ou parda apresentam condições de saúde bucal desfavoráveis.

Além de documentar as iniquidades raciais nos desfechos de saúde bucal, os estudos incluídos nesta revisão sistemática avançam em suas análises ao abordarem o racismo como um elemento central em suas investigações. Dessa forma, esses estudos se alinham a um corpo crescente de estudos que tem enfatizado a importância e a necessidade de incluir o racismo interpessoal e estrutural como verdadeiros impulsionadores das iniquidades raciais na saúde bucal, compreendendo que a omissão desses construtos das análises contribui para a perpetuação das iniquidades raciais^{9,30}.

Conforme ressaltado por Lamenha-Lins *et al.*¹⁰, não é a raça que influencia a condição de saúde, é o racismo que o faz. Ao não abordar o racismo, as publicações tendem a relativizar

seu impacto na saúde da população, reforçando a ideia no imaginário coletivo de que as iniquidades se originam apenas de fatores biológicos e/ou econômicos individuais¹⁰.

As evidências demonstraram uma associação entre experiências de racismo interpessoal e resultados negativos na saúde bucal.

O racismo interpessoal caracteriza-se pelo preconceito, que envolve julgamentos prévios baseados em estereótipos sobre indivíduos de grupos racializados, e pela discriminação racial, que se manifesta em ações fundamentadas nesse preconceito, resultando em tratamento desigual direcionado a membros desses grupos. Essas ações podem ser tanto intencionais quanto não intencionais, abrangendo atos de ação e de omissão¹³.

A discriminação racial está ligada a uma saúde mais precária por meio de vias psicossociais, fisiológicas, materialistas e comportamentais³¹. O sofrimento psicológico gerado pela discriminação afeta diretamente os sistemas corporais e os comportamentos relacionados à saúde. Indivíduos que vivenciam sofrimento psicológico podem adotar comportamentos prejudiciais à saúde, como tabagismo, abuso de álcool e consumo excessivo de açúcares, o que pode impactar diretamente à saúde do indivíduo³². Outras formas pelas quais a discriminação pode afetar um indivíduo é limitando seu acesso a melhores empregos, educação e seleção de bairros, o que aumenta sua exposição a fatores de risco ambientais, reduz sua capacidade de adotar um estilo de vida mais saudável, afetam seu bem-estar psicológico e, subsequentemente, afetam seus resultados gerais e de saúde oral¹⁷.

Celeste *et al.*²⁷ investigaram o impacto da discriminação racial na perda dentária. Na análise ajustada por idade e sexo, os indivíduos que relataram discriminação racial apresentaram uma razão de chances de 1,26 (IC 95% 1,09–1,45) para a perda de dentes. Após o ajuste para fatores como raça, educação, educação materna, renda e pobreza no início da vida, a razão de chances foi de 1,09 (IC 95% 0,78–1,55) entre os indivíduos que relataram discriminação racial. Embora essa associação tenha perdido sua "significância estatística" após

o ajuste final, ela não deve ser desconsiderada, conforme as recomendações atuais para interpretação de dados estatísticos³³. A falta de significância não indica necessariamente a ausência de uma relação relevante, mas sim que, com os dados e condições do estudo, a evidência não foi suficientemente robusta para atender aos critérios convencionais de significância estatística. Esse cenário ressalta a necessidade de uma interpretação cuidadosa dos resultados, levando em conta o contexto e a complexidade do tema, e reforça a urgência de mais estudos para investigar profundamente essa questão.

Muralikrishnan e Sabbah²⁶ e Singhal e Jackson²⁵ também investigaram o impacto da discriminação racial, com foco particular nas experiências ocorridas em ambientes de serviços de saúde, sobre a perda dentária. Singhal e Jackson²⁵, após ajustarem para raça e outros fatores de confusão, observaram que adultos com mais de 18 anos que relataram pior tratamento devido à sua raça em ambientes de saúde apresentaram 12% mais probabilidade ($RR = 1,12$; IC 95% 1,02–1,24) de perda dentária em comparação com aqueles que não sofreram discriminação. Por sua vez, Muralikrishnan e Sabbah²⁶, ao analisarem indivíduos entre 18 e 44 anos, encontraram um aumento de 141% na perda dentária entre aqueles que relataram discriminação racial em unidades de saúde ($RP = 2,41$; IC 95% 1,47–3,98), em comparação aos que não enfrentaram discriminação.

A discriminação em unidades de saúde pode desmotivar os indivíduos a utilizarem serviços de saúde, particularmente os preventivos, o que pode contribuir para a piora da condição de saúde bucal²⁶. O preconceito implícito dos profissionais de saúde em relação a minorias raciais e étnicas tem sido associado a diferenças no diagnóstico, na avaliação clínica da dor e nas decisões sobre o tratamento, influenciando, por exemplo, a decisão de manter ou extrair um dente devido a atitudes preconceituosas e comportamento discriminatório de dentistas³⁴.

McGlumphy *et al.*²⁸ mostraram que maior exposição à discriminação racial esteve relacionada a menor saúde bucal percebida ($\beta = -0.01 \pm 0.007$, $p = 0.048$) entre adolescentes afro-americanos. Essa relação permaneceu significativa mesmo após considerar as consultas de cuidados dentários preventivos, sugerindo que o impacto da discriminação nos resultados de saúde se expande para além dos cuidados clínicos e da utilização de serviços de saúde. A discriminação ou o tratamento injusto pode ocorrer em vários ambientes e impactar a saúde dos indivíduos. A forma mais frequente de discriminação racial relatada entre adolescentes afro-americanos neste estudo ocorreu em ambientes institucionais, onde 59% dos participantes sofreram pelo menos um evento discriminatório. Além disso, 58% dos adolescentes relataram discriminação racial em ambientes educacionais.

Dois dos estudos incluídos nesta revisão sistemática avaliaram o papel do racismo estrutural sobre a saúde bucal.

A adição do racismo estrutural às estruturas explicativas é um marco importante para o estudo das iniquidades raciais em saúde. Embora seja inegavelmente importante estudar e discutir a discriminação interpessoal, seu papel isolado não é suficiente para abordar de forma abrangente as iniquidades raciais¹⁰. Como destacam Williams *et al.*¹⁸, o racismo estrutural é a forma mais relevante por meio da qual o racismo afeta a saúde.

Racismo estrutural se refere a formas de racismo profundamente enraizadas em sistemas, leis, políticas, práticas arraigadas, crenças e atitudes estabelecidas que produzem, toleram e perpetuam o tratamento injusto generalizado de pessoas racializadas³⁵. Gee *et al.*³⁶ utilizam a metáfora do iceberg para ilustrar o racismo. A parte visível do iceberg representa o racismo explícito, manifestado em discriminação flagrante e crimes de ódio, formas de racismo que podem ser relativamente fáceis de identificar. Já a base do iceberg – que é muito maior e geralmente invisível e oculta – simboliza o racismo sistêmico e estrutural. Esta é a parte mais

perigosa, pois está tão incorporada aos sistemas que frequentemente é vista como a ordem natural e inevitável das coisas^{36,35}.

O racismo estrutural expõe as pessoas negras a condições prejudiciais à saúde, além de impor e sustentar barreiras às oportunidades que promovam saúde e bem-estar. As oportunidades negadas incluem o acesso a bons empregos, a melhores condições socioeconômicas, moradia em bairros seguros e não poluídos com boas escolas, o acesso a cuidados de saúde de alta qualidade e o tratamento justo pelo sistema de justiça criminal³⁵.

Bastos *et al.*²³ e Bastos *et al.*²⁴ adotaram a abordagem da interseccionalidade estrutural proposta por Homan *et al.*³⁷, que enfatiza a importância de analisar sistemas de opressão que se cruzam dentro e entre diferentes contextos sociais. O conceito central da interseccionalidade é que as oportunidades e experiências de vida são moldadas por múltiplos sistemas de opressão sobrepostos, como o racismo, o sexismo e o classismo, e não por uma única hierarquia de status. A abordagem da interseccionalidade estrutural busca superar a ênfase excessiva nas experiências interpessoais e a tendência de tratar as iniquidades em saúde como resultados de processos isolados³⁷.

Seguindo essa proposta, Bastos *et al.*^{23,24} utilizaram estimativas estaduais de racismo estrutural com base em nove indicadores de iniquidade racial distribuídos em cinco domínios da vida: judicial, educacional, político, econômico e segregação. Por exemplo, junto com o nível desproporcional de privação de direitos dos entrevistados negros, a proporção de encarceramento entre negros e brancos foi considerada como representante do racismo estrutural no domínio judicial. Na esfera política, o racismo estrutural foi medido tanto pelo nível de sub-representação política dos negros nas legislaturas estaduais quanto pela proporção de eleitores brancos e negros na eleição presidencial dos EUA de 2008^{23,24}. Essa abordagem se mostra particularmente promissora, pois oferece uma maneira de lidar com as dificuldades de medir o racismo estrutural, um fenômeno complexo e insidioso da sociedade¹⁶.

Nos dois estudos, as interseções entre diferentes formas estruturais de opressão mostraram-se fundamentais para entender a prevalência e distribuição do edentulismo.

Bastos *et al.*²³ demonstraram que viver em estados com altos níveis de racismo e sexismo estrutural aumentou em 60% ($\exp(0,47) = 1,60$) a probabilidade de edentulismo entre negros, em comparação com brancos que moram em regiões com níveis mais baixos dessas opressões estruturais. Os resultados evidenciaram que os negros não hispânicos carregam um fardo maior de edentulismo em comparação aos brancos não hispânicos e que o maior fardo da saúde bucal para os negros não hispânicos variou consideravelmente no espaço e tendeu a se sobrepor ao sexismo estrutural e à desigualdade de renda em nível estadual.

Bastos *et al.*²⁴, por sua vez, ao investigar uma população entre 18 e 64 anos, mostraram que a intersecção entre alto sexismo estrutural e alto racismo estrutural esteve associada a um aumento na probabilidade de perda total de dentes de 1,5 (IC95% 1,1,-2,2). Os autores argumentam que o processo de extração de todos os dentes naturais é amplamente estruturado pelas intersecções entre raça e sexo, com as mulheres negras suportando o maior fardo da perda dentária. Seus resultados também indicaram que o sexismo estrutural, juntamente com o racismo estrutural e a desigualdade de renda em nível estadual, ajudaram a explicar a perda completa de dentes na amostra geral.

Esses estudos demonstram que o racismo estrutural, o sexismo estrutural, o classismo e outros sistemas de marginalização não são fenômenos isolados, mas estão interligados, co-constituindo uns aos outros e sendo centrais para as iniquidades raciais e não raciais em saúde²³. Pessoas que são marginalizadas em múltiplos eixos de opressão geralmente possuem menos poder, menos controle sobre seus ambientes, uma capacidade reduzida de evitar contextos altamente opressivos e menos recursos para lidar com a opressão, o que, em conjunto, pode explicar os impactos negativos na saúde observados em certos grupos³⁸.

De forma geral, os resultados desta revisão sistemática representam uma contribuição significativa para o avanço da pesquisa sobre as iniquidades raciais em saúde bucal, ao nomear e investigar o racismo como uma explicação central para essas iniquidades. A revisão também evidencia diversos aspectos essenciais que devem ser cuidadosamente considerados no planejamento de intervenções em saúde pública, com o objetivo de melhorar a saúde bucal da população negra. Além disso, o levantamento realizado não só consolida esforços já existentes, mas também abre novas perspectivas para o aprofundamento das investigações sobre as iniquidades raciais em saúde bucal. A análise aponta que, embora o campo de estudo sobre racismo e saúde bucal tenha crescido nos últimos anos, ele é ainda incipiente. Destaca-se a ausência de estudos sobre o impacto do racismo internalizado na saúde bucal, evidenciando uma lacuna importante no conhecimento atual.

Como limitação deste estudo, destaca-se a grande heterogeneidade entre os estudos incluídos, especialmente no que se refere à variabilidade dos instrumentos utilizados e das variáveis de exposição e de desfecho, o que impossibilitou a realização de uma metanálise e dificultou a comparação direta dos resultados. Por outro lado, entre os pontos fortes, ressaltam-se a busca abrangente por estudos relevantes e o rigor metodológico adotado. Além disso, este artigo se destaca por fornecer uma síntese de uma temática ainda pouco explorada na literatura, mas de grande importância para a sociedade.

Os resultados desta revisão sistemática evidenciam que o racismo exerce um impacto substancial na saúde bucal da população negra. Os estudos analisados revelaram que o racismo interpessoal está associado à perda dentária e a uma pior autoavaliação da saúde bucal. Além disso, demonstrou-se que o racismo estrutural, em conjunto com outras opressões estruturais, como o sexismo e a desigualdade de renda em nível estadual, contribui para a maior prevalência de edentulismo nessa população. A análise sugere que os pesquisadores devem aprimorar as metodologias de mensuração do racismo e investigar de forma mais profunda a relação entre

os diferentes níveis de racismo e a saúde bucal da população negra. Isso é essencial para aprimorar a compreensão sobre como e em que medida o racismo contribui para as iniquidades raciais em saúde, possibilitando a formulação de estratégias mais eficazes para combater essas iniquidades e promover a equidade em saúde bucal.

Referências

1. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BH, Bisinelli JC. Racial inequity in oral health in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2012;31(2):135-141.
2. Bruno IF, Rosa JAA, Melo CM, Oliveira CCC. Avaliação da doença periodontal em adultos na população quilombola. *Interfaces Cient Saude Ambiente* 2013;1(2):33-39.
3. Ben J, Paradies Y, Priest N, Parker EJ, Roberts-Thomson KF, Lawrence HP, Broughton J, Jamieson LM. Racism and toothache among pregnant aboriginal australians. *J Public Health Dent* 2014;74(4):301-309.
4. Nazer FW, Sabbah W. Do socioeconomic conditions explain ethnic inequalities in tooth loss among US adults? *Ethn Dis* 2018;28(3):201-206.
5. Bastos JL, Constante HM, Celeste RK, Haag DG, Jamieson LM. Advancing racial equity in oral health (research): more of the same is not enough. *Eur J Oral Sci* 2020;128(6):459-466.
6. Bastos JL, Constante HM, Jamieson LM. The ethical urgency of tackling racial inequities in health. *EClinicalMedicine* 2021;34:100816.
7. Jamieson L, Peres MA, Guarnizo-Herreno CC, Bastos JL. Racism and oral health inequities; an overview. *EClinicalMedicine* 2021;34:100827.
8. Reis LAO, Miranda SS, Fonseca BR, Pereira M, Natividade MS, Aragão E, Lara TP, Nery JS. Associação entre iniquidades raciais e condição de saúde bucal: revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2024;29(3):e04882023.

9. Celeste RK, Goulart MA, Bastos JL, Borrell LN. Research on racial/ethnic inequities in oral health over the past 80 years: the role of racism. *J Clin Periodontol* 2023;50(12):1582-1589.
10. Lamenha-Lins RM, Souza GLN, Ferreira FM, Paiva SM, Bastos JL, Serra-Negra JM. *Racismo estrutural e saúde bucal*. 1ª edição. Belo Horizonte: FAO UFMG; 2022.
11. Phelan JC, Link BG. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annu Rev Socio* 2015;41:311-330.
12. Fleming E, Raskin SE, Brody E. From describing disparities to understanding why disparities exist: Anti-racist methods to support dental public health research. *J Public Health Dent* 2022;82(1):73-78.
13. Jones CP. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *Am J Public Health* 2000;90(8):1212-1215.
14. Williams DR, Priest N. Racismo e saúde: um corpus crescente de evidência internacional. *Sociologias* 2015;17(40):124-174.
15. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet* 2017;389(10077):1453-1463.
16. Gross M, Wallace M, Hardeman R. Measuring inequity: a systematic review of methods used to quantify structural racism. *J Health Disparities Res Pract* 2018;11(2):190-205.
17. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, Gupta A, Kelaheer M, Gee G. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10(9):e0138511.
18. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. Understanding how discrimination can affect health. *Health Serv Res* 2019;54(2):1374-1388.

19. LaFave SE, Suen JJ, Seau Q, Bergman A, Fisher MC, Thorpe Júnior RJ, Szanton SL. Racism and older black americans' health: a systematic review. *J Urban Health* 2022;99(1):28-54.
20. Nath S, Sethi S, Bastos JL, Constante HM, Mejia G, Haag D, Kapellas K, Jamieson L. The global prevalence and severity of dental caries among racially minoritized children: a systematic review and meta-analysis. *Caries Res* 2023;57(4):485-508.
21. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Moher D. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *J Clin Epidemiol* 2021;134:103-112.
22. Herzog R, Alvarez-Pasquin MJ, Diaz C, Barrio JLD, Estrada JM, Gil A. Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? A systematic review. *BMC Public Health* 2013;13:154.
23. Bastos JL, Constante HM, Schuch HS, Haag DG, Jamieson LM. How do state-level racism, sexism, and income inequality shape edentulism-related racial inequities in contemporary United States? A structural intersectionality approach to population oral health. *J Public Health Dent* 2022;82(1):16-27.
24. Bastos JL, Constante HM, Schuch HS, Haag DG, Jamieson LM. The mouth as a site of compound injustices: a structural intersectionality approach to the oral health of working-age US adults. *Am J Epidemiol* 2023;192(4):560–572
25. Singhal A, Jackson JW. Perceived racial discrimination partially mediates racial-ethnic disparities in dental utilization and oral health. *J Public Health Dent* 2022;82(1):63-72.

26. Muralikrishnan M, Sabbah W. Is racial discrimination associated with number of missing teeth among american adults? *J Racial Ethn Health Disparities* 2021;8(5):1293-1299.
27. Celeste RK, Gonçalves LG, Faerstein E, Bastos JL. The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: the Pro-Saude study. *Commun Dent Oral Epidemiol* 2013;41(6):509-516.
28. McGlumphy KC, Damen M, Hasson RE. Psychosocial stress and perceived oral health in african american youth. *Pediatr Dent* 2019;41(5):358-563.
29. Karam SA, Schuch HS, Demarco FF, Barros FC, Horta, BL, Correa MB. Social and racial inequity in self-rated oral health in adults in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2022;38(3):e00136921.
30. Fleming E, Bastos JL, Jamieson L, Celeste RK, Raskin SE, Gomaa N, McGrath C, Tiwari T. Conceptualizing inequities and oppression in oral health research. *Community Dent Oral Epidemiol* 2023;51(1):28-35.
31. Paradies Y, Priest N, Ben J, Truong M, Gupta A, Pieterse A, Kelaheer M, Gee G. Racism as a determinant of health: a protocol for conducting a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 2013;2(85):1-7.
32. Purnell JQ, Peppone LJ, Alcaraz K, McQueen A, Guido JJ, Carroll JK, Shacham E, Morrow GR. Perceived discrimination, psychological distress, and current smoking status: results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System reactions to race module, 2004-2008. *Am J Public Health* 2012;102(5):844-851.
33. Amrhein V, Greenland S, McShane B. Scientists rise up against statistical significance. *Nature* 2019;567(7748):305-307.

34. Cabral ED, Caldas Júnior AF, Cabral HA. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Commun Dent Oral Epidemiol* 2005;33(6):461-466.
35. Braveman PA, Arkin E, Proctor D, Kauh T, Holm N. Systemic and structural racism: definitions, examples, health damages, and approaches to dismantling. *Health Aff (Millwood)* 2022;41(2):171-178.
36. Gee GC, Ro A, Shariff-Marco S, Chae D. Racial discrimination and health among asian americans: evidence, assessment, and directions for future research. *Epidemiol Rev* 2009;31:130-151.
37. Homan P, Brown TH, King B. Structural intersectionality as a new direction for health disparities research. *J Health Soc Behav* 2021;62(3):350-370
38. Schuch HS, Haag DG, Bastos JL, Paradies Y, Jamieson LM. Intersectionality, racial discrimination and oral health in Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2021;49(1):87-94.

6.2 ARTIGO 2

Iniquidades raciais em saúde bucal na população brasileira: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019

Racial inequalities in oral health in the Brazilian population: an analysis of the 2019 National Health Survey

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar iniquidades raciais em saúde bucal na população brasileira. Estudo transversal que utilizou dados de 64.830 brasileiros com idade entre 18 e 59 anos que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. Os desfechos avaliados foram: autoavaliação de saúde bucal, perda de 13 dentes ou mais, uso de prótese e uso recente de serviços odontológicos. As variáveis explicativas incluíram raça, sexo, idade, renda, escolaridade e zona de residência. Utilizou-se regressão de Poisson para obter razões de prevalência (RP) com intervalo de confiança (IC) de 95%. Do total, 41,8% eram brancos, 46,2% pardos e 12,0% pretos. Indivíduos pretos apresentaram menor prevalência de autoavaliação positiva (RP= 0,90 IC95% 0,87-0,93) e uso recente de serviços odontológicos (RP=0,93 IC95% (0,89-0,97), além de maior prevalência de perda dentária (RP=1,32 IC95% 1,18-1,47) em comparação aos brancos. Pardos apresentaram menor prevalência de autoavaliação positiva (RP= 0,94, IC95% 0,92-0,96) e uso recente (RP=0,95 IC 95% 0,92-0,98), e maior prevalência de perda dentária (RP=1,23 IC 95% 1,14-1,34) comparados aos brancos. Os achados revelaram iniquidades raciais em saúde bucal na população brasileira, sendo o racismo o grande perpetuador dessas iniquidades.

Palavras-chave: Saúde bucal; Acesso aos Serviços de Saúde; Racismo; Grupos Raciais.

Abstract

The present study aimed to identify racial inequities in oral health in the Brazilian population. This cross-sectional study used data from 64,830 Brazilians, aged between 18 and 59 years, who took part in the 2019 National Health Survey (NHS). The outcomes were: self-assessment of oral health, loss of 13 teeth or more, use of prosthesis, and use of recent dental services. The explanatory variables included race, gender, age, income, education, and area of residence. Poisson regression was used to obtain prevalence ratios (PR) with a 95% confidence interval (CI). Of the total, 41.8% were white, 46.2% brown, and 12.0% black. Black individuals had a lower prevalence of positive self-assessment (PR= 0.90; 95% CI 0.87-0.93) and recent use of dental services (PR=0.93; 95% CI (0.89-0.97)), as well as a higher prevalence of tooth loss (PR=1.32; 95% CI 1.18-1.47) compared to whites. Browns had a lower prevalence of positive self-assessment (PR= 0.94; 95% CI 0.92-0.96) and recent use (PR=0.95; 95% CI 0.92-0.98), and a higher prevalence of tooth loss (PR=1.23; 95% CI 1.14-1.34) when compared to whites. The findings revealed racial inequities in oral health in the Brazilian population, with racism being the major perpetuator of these disparities.

Key words: Oral health; Access to health services; Racism; Racial Groups.

Introdução

As iniquidades raciais em saúde referem-se a diferenças injustas entre grupos com base na raça, etnia ou quaisquer outros marcadores de herança ancestral ou cultural¹.

É amplamente documentado na literatura que os grupos raciais desfavorecidos frequentemente carregam o maior fardo das doenças bucais^{2,3,4}. Estudos têm demonstrado que as iniquidades raciais em saúde bucal são generalizadas e afetam diversas faixas etárias. Abanto et al.² demonstraram que crianças brasileiras pretas e pardas tinham 1,5 e 1,4 vezes mais

probabilidade, respectivamente, de relatar qualidade de vida relacionada à saúde bucal em comparação às brancas. No estudo de Abdelrahim et al.³, adultos negros britânicos também apresentaram 1,5, 1,7 e 1,2 vezes mais probabilidade de apresentar maior prevalência, maior extensão e maior gravidade de impactos orais do que seus pares brancos privilegiados. Além disso, Andrade et al.⁴, por sua vez, evidenciaram que idosos brasileiros pretos e pardos eram 45% e 65% menos propensos, respectivamente, a apresentar dentição funcional do que os brancos.

Na maioria dos estudos, no entanto, a raça é entendida como proxy do status socioeconômico, o que leva a uma relativização do impacto do racismo como um sistema de opressão na saúde da população^{5,6}. Atribuir as iniquidades raciais na saúde bucal à super-representação das minorias raciais nos estratos socioeconômicos mais baixos contribui para o imaginário coletivo de que as iniquidades decorrem apenas de aspectos individuais biológicos e/ou econômicos^{7,8,9,10,11}. Na realidade, é o racismo que, tanto como um componente estruturante das sociedades contemporâneas, quanto como maus tratos mediados pessoalmente, opera para produzir maiores frequências de estados de saúde negativos entre os negros^{5,6}.

A população negra (que no Brasil inclui indivíduos pretos e pardos) apresenta taxas mais altas de cárie dentária não tratada, doença periodontal grave e perda dentária do que as populações brancas⁵. Além disso, enfrenta maiores dificuldades no acesso à assistência odontológica, menor cobertura de seguro saúde e maior propensão a sofrer maus-tratos por profissionais de saúde⁶.

Analisar a extensão das iniquidades em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos é fundamental para a formulação de políticas promovam a equidade racial e garantam o direito constitucional à saúde. Inquéritos populacionais constituem estratégias valiosas para mensurar a magnitude dos problemas de saúde bucal na população, identificar o perfil e as necessidades coletivas de saúde, além de estabelecer e monitorar indicadores de saúde¹².

Assim, o presente estudo teve como objetivo identificar a existência de iniquidades raciais nos resultados de saúde bucal e no uso de serviços odontológicos, além de analisar a persistência dessas iniquidades após ajuste para variáveis socioeconômicas, utilizando dados representativos da população brasileira na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal utilizando o banco de dados da mais recente Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do Brasil, conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) junto ao Ministério da Saúde, no ano de 2019.

A PNS 2019 é um inquérito de base populacional, representativo do Brasil e da população residente em domicílios particulares de seu território¹³. A PNS utilizou uma amostra representativa da população com idade ≥ 15 anos. Para a seleção dos participantes, foi realizado um processo de amostragem complexa por conglomerados em três estágios: (i) estratificação das Unidades Primárias de Amostragem (UPAs), compostas por um ou mais setores censitários, e seleção aleatória com probabilidade de seleção proporcional ao número de domicílios particulares permanentes; (ii) seleção dos domicílios em cada UPA, a partir da atualização mais recente disponível do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE), por amostragem aleatória simples; e (iii) seleção aleatória simples de um morador elegível, com base na lista de moradores elaborada no momento da entrevista. O tamanho amostral da PNS 2019 foi calculado com base em indicadores da edição de 2013. O questionário utilizado foi dividido em 3 seções: questionário domiciliar, questionário para todos os moradores do domicílio e questionário do morador selecionado. Mais detalhes sobre o plano amostral, o processo de coleta de dados e a ponderação foram publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁴.

Para o presente estudo, foram incluídos dados dos respondentes com idades entre 18 e 59 anos de idade que se autodeclararam brancos, pretos ou pardos. A opção de não incluir na análise os grupos amarelos e indígenas, deve-se à orientação do IBGE, devido ao pequeno número de respostas dessas populações e ao elevado coeficiente de variação, uma prática também adotada em outras análises da PNS¹⁵.

Em relação às variáveis dependentes do estudo, os dados sobre saúde bucal foram obtidos a partir do “Módulo U” do questionário, enquanto os dados sobre o uso de serviços odontológicos foram obtidos através do “Módulo J”. Assim, o estudo contemplou quatro desfechos: I) autopercepção de saúde bucal (obtido pela pergunta: *“Em geral, como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?”* e categorizada em “positiva” para as respostas “muito boa” e “boa” e “negativa” para as respostas “regular”, “ruim” e “muito ruim”); II) perda de 13 dentes ou mais (obtido pelas questões: *“Lembrando-se dos seus dentes permanentes de cima, o(a) Sr(a) perdeu algum?”* e *“Lembrando-se dos seus dentes permanentes de baixo, o(a) Sr(a) perdeu algum?”*, sendo considerado “sim” para perda de 13 ou mais dentes no total); III) uso de prótese dentária (obtido pela pergunta: *“O (a) Sr(a) usa algum tipo de prótese dentária (dente artificial, implante, dentadura, chapa)?”* e categorizado em “sim” e “não”); IV) uso recente de serviços odontológicos (obtido através da questão: *“Quando consultou um dentista pela última vez?”* e categorizado em “sim” para a resposta “Até 1 ano” e “não” para as demais respostas). Os dois primeiros desfechos visaram avaliar a condição de saúde bucal, enquanto os dois últimos avaliaram o acesso desses indivíduos aos serviços odontológicos.

As variáveis explicativas analisadas foram: raça/cor da pele (branca; parda; preta), sexo (masculino; feminino), idade (18-29; 30-39; 40-59 anos), renda per capita em salários-mínimos (até 1; mais de 1 a 3; mais de 3), escolaridade (sem instrução/ fundamental incompleto; fundamental completo/ médio incompleto; médio completo/ superior incompleto; superior completo) e zona de residência (urbana; rural).

Foram estimadas as prevalências de cada desfecho com intervalos de confiança de 95% (IC95%) por categorias das demais variáveis. Análises bivariadas foram realizadas usando teste qui-quadrado, e as razões de prevalência ajustada (RP), também com IC95%, foram estimadas utilizando regressão de Poisson. Como análise de sensibilidade, avaliou-se o efeito da inclusão das variáveis cobertura de plano de saúde odontológico e cadastro na Estratégia Saúde da Família sobre a variável raça/cor (modelos 2 e 3, respectivamente).

O processamento do banco de dados e a análise estatística foram realizados através do programa R versão 4.2.1, com a biblioteca survey, elaborada para análises de inquéritos com amostragem complexa.

Este estudo dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), pois utilizou dados secundários provenientes da PNS, a qual teve aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sob o Parecer nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019. Os dados referentes à PNS 2019 são de acesso público e estão disponíveis na internet (<https://www.pns.icict.fiocruz.br/>), tendo sido extraídos em 18 de agosto de 2022.

Resultados

Foi analisada uma amostra total de 64.830 brasileiros respondentes com idade entre 18 e 59 anos, autodeclarados como brancos, pretos ou pardos. Considerando as ponderações amostrais, 41,8 % dos entrevistados se autodeclararam brancos, 46,2% pardos e 12,0% pretos. As mulheres representaram 52,3% da amostra, e 45,1% dos participantes tinham entre 40 e 59 anos. Em relação à renda per capita, 53,8% recebiam até 1 salário mínimo, 35,8% entre 1 e 3 salários mínimos e 10,4% acima de 3 salários mínimos. Quanto à escolaridade, 27,0% não tinham instrução ou possuíam ensino fundamental incompleto, 15,9% tinham ensino

fundamental completo ou médio incompleto, 40,1% tinham ensino médio completo ou superior incompleto e 17,0% possuíam ensino superior completo. Ademais, 86,3% dos respondentes residiam em zona urbana.

Em relação aos desfechos investigados, 70,5% dos indivíduos avaliaram sua saúde bucal de forma positiva, 13,2% relataram perda de 13 ou mais dentes, 22,3% mencionaram o uso de prótese dentária e 53,1% utilizaram serviços odontológicos nos 12 meses anteriores à entrevista. As prevalências dos desfechos em saúde bucal investigados estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Prevalências ponderadas dos desfechos em saúde bucal.

Desfechos em saúde bucal	N	Prevalência*	IC 95%
<i>Autopercepção de saúde bucal</i>			
Positiva	44522	70,5	(69,9-71,2)
Negativa	20308	29,5	(28,8-30,1)
<i>Perda de 13 dentes ou mais</i>			
Sim	10049	13,2	(12,7-13,7)
Não	54781	86,8	(86,3-87,3)
<i>Uso de prótese dentária</i>			
Sim	16109	22,3	(21,7-22,8)
Não	48721	77,7	(77,2-78,3)
<i>Uso recente de serviços odontológicos</i>			
Sim	32783	53,1	(52,4-53,9)
Não	32047	46,9	(46,1-47,6)

*Prevalência levando-se em conta a amostragem complexa.

Após ajuste para outras variáveis sociodemográficas, foram observadas diferenças significativas entre os grupos de raça/cor para os desfechos autopercepção positiva de saúde bucal, perda de 13 dentes ou mais e uso recente de serviços odontológicos.

Em relação à autopercepção de saúde bucal, na análise ajustada, os indivíduos autodeclarados pretos e pardos apresentaram, respectivamente, 10% e 6% menor probabilidade de ter uma autopercepção positiva em comparação aos indivíduos brancos. Outros fatores

demográficos e socioeconômicos também apresentaram associação com a autopercepção de saúde bucal: mulheres, pessoas mais jovens, com maior renda e maior escolaridade apresentaram maior probabilidade de autopercepção positiva (Tabela 2).

Tabela 2. Razões de prevalência brutas e ajustadas para o desfecho autopercepção positiva de saúde bucal.

Variável	N	Prevalência* (IC95%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)	Modelo 2 (Plano de saúde)	Modelo 3 (ESF)
<i>Raça</i>						
Branca	22508	76,3 (75,3-77,4)	1	1	1	1
Parda	34645	66,9 (65,9-67,9)	0,88 (0,86-0,90)	0,94 (0,92-0,96)	0,94 (0,92-0,96)	0,94 (0,92-0,96)
Preta	7677	64,3 (62,5-66,0)	0,84 (0,82-0,87)	0,90 (0,87-0,93)	0,90 (0,87-0,93)	0,90 (0,87-0,93)
<i>Sexo</i>						
Masculino	30994	69,5 (68,5-70,5,1)	1	1		
Feminino	33836	71,5 (70,6-72,4)	1,03 (1,01-1,05)	1,02 (1,01-1,04)		
<i>Idade</i>						
18 a 29 anos	15157	74,8 (73,6-76,1)	1	1		
30 a 39 anos	17869	72,5 (71,4-73,7)	0,97 (0,95-0,99)	0,96 (0,93-0,98)		
40 a 59 anos	31804	66,7 (65,7-67,7)	0,89 (0,87-0,91)	0,90 (0,88-0,92)		
<i>Renda per capita (salários-mínimos)</i>						
Até 1	37473	63,6 (62,7-64,5)	1	1		

De 1 a 3	20480	76,3 (75,2-77,4)	1,20 (1,18-1,22)	1,13 (1,11-1,16)
Acima de 3	6877	86,7 (85,3-88,1)	1,36 (1,33-1,39)	1,20 (1,17-1,24)
<i>Escolaridade</i>				
Sem instrução e fundamental incompleto	20301	58,4 (57,2-59,7)	1	1
Fundamental completo e médio incompleto	9816	65,1 (63,4-66,7)	1,11 (1,08-1,15)	1,07 (1,03-1,10)
Médio completo e superior incompleto	23686	74,9 (74,0-75,8)	1,28 (1,25-1,31)	1,18 (1,15-1,22)
Superior completo	11027	84,7 (83,5-85,9)	1,45 (1,41-1,49)	1,26 (1,22-1,30)
<i>Zona de residência</i>				
Urbano	50158	71,8 (71,0-72,5)	1	1
Rural	14672	62,7 (61,3-64,1)	0,87 (0,85-0,90)	0,99 (0,96-1,01)

RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança; ESF: Estratégia Saúde da Família.

*Prevalência levando-se em conta a amostragem complexa

Fonte: Dados da pesquisa.

A raça também foi um importante marcador de iniquidades na perda dentária (Tabela 3). Indivíduos autodeclarados pretos apresentaram 32% mais probabilidade de ter perdido 13 ou mais dentes, enquanto os autodeclarados pardos, apresentaram 23% mais probabilidade de perda dentária em comparação aos brancos.

Também apresentaram maior probabilidade de experienciar a perda de 13 ou mais dentes os indivíduos de maior idade, menor escolaridade e residentes em zona rural (Tabela 3).

Tabela 3. Razões de prevalência brutas e ajustadas para o desfecho perda de 13 dentes ou mais.

Variável	N	Prevalência* (IC95%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)	Modelo 2 (Plano de saúde)	Modelo 3 (ESF)
<i>Raça</i>						
Branca	22508	11,0 (10,4-11,6)	1	1	1	1
Parda	34645	14,5 (13,8-15,3)	1,32 (1,22-1,43)	1,23 (1,14-1,34)	1,23 (1,14-1,34)	1,23 (1,14-1,33)
Preta	7677	15,6 (14,2-17,0)	1,42 (1,27-1,58)	1,32 (1,18-1,47)	1,32 (1,19-1,47)	1,32 (1,19-1,47)
<i>Sexo</i>						
Masculino	30994	13,0 (12,2-13,9)	1	1		
Feminino	33836	13,3 (12,7-13,9)	1,02 (0,94-1,11)	1,02 (0,95-1,10)		
<i>Idade</i>						
18 a 29 anos	15157	2,8 (2,3-3,3)	1	1		
30 a 39 anos	17869	9,1 (8,4-9,8)	3,23 (2,67-3,90)	3,29 (2,72-3,97)		
40 a 59 anos	31804	22,1 (21,2-23,1)	7,85 (6,55-9,42)	7,43 (6,22-8,88)		
<i>Renda per capita (salários-mínimos)</i>						
Até 1	37473	14,6 (14,0-15,2)	1	1		
De 1 a 3	20480	12,5 (11,6-13,4)	0,85 (0,79-0,92)	0,94 (0,87-1,01)		
Acima de 3	6877	8,4 (7,3-9,4)	0,57 (0,50-0,66)	0,78 (0,68-0,90)		
<i>Escolaridade</i>						
Sem instrução e fundamental incompleto	20301	22,6 (21,5-23,7)	1	1		

Fundamental completo e médio incompleto	9816	12,1 (10,7-13,5)	0,54 (0,48-0,60)	0,81 (0,73-0,91)
Médio completo e superior incompleto	23686	9,6 (8,9-10,2)	0,42 (0,39-0,46)	0,70 (0,64-0,77)
Superior completo	11027	7,9 (7,0-8,7)	0,35 (0,31-0,39)	0,51 (0,45-0,59)
<i>Zona de residência</i>				
Urbano	50158	12,4 (11,9-13,0)	1	1
Rural	14672	18,0 (17,1-18,9)	1,45 (1,36-1,55)	1,18 (1,10-1,26)

RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança; ESF: Estratégia Saúde da Família.

*Prevalência levando-se em conta a amostragem complexa

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao uso de prótese dentária, as variáveis que permaneceram associadas após ajuste foram: sexo, idade, renda, escolaridade e zona de residência. Indivíduos do sexo feminino, com maior idade, maior renda per capita, menor escolaridade e residentes nas regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram maior probabilidade de fazer uso de prótese dentária (Tabela 4).

Tabela 4. Razões de prevalência brutas e ajustadas para o desfecho uso de prótese dentária.

Variável	N	Prevalência* (IC95%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)	Modelo 2 (Plano de saúde)	Modelo 3 (ESF)
<i>Raça</i>						
Branca	22508	22,4 (21,5-23,4,3)	1	1	1	1
Parda	34645	22,5 (21,7-23,3)	1,00 (0,94-1,06)	1,04 (0,99-1,09)	1,04 (0,99-1,09)	1,04 (0,98-1,09)

Preta	7677	20,7 (19,2-22,3)	0,92 (0,85-1,01)	0,94 (0,87-1,02)	0,95 (0,87-1,02)	0,94 (0,87-1,02)
<i>Sexo</i>						
Masculino	30994	19,3 (18,4-20,1)	1	1		
Feminino	33836	25,0 (24,2-25,8)	1,30 (1,23-1,37)	1,29 (1,23-1,35)		
<i>Idade</i>						
18 a 29 anos	15157	2,4 (2,0-2,8)	1	1		
30 a 39 anos	17869	10,9 (10,1-11,6)	4,50 (3,70-5,48)	4,49 (3,69-5,47)		
40 a 59 anos	31804	41,4 (40,5-42,4)	17,20 (14,32-20,65)	15,76 (13,10-18,94)		
<i>Renda per capita (salários-mínimos)</i>						
Até 1	37473	21,3 (20,6-22,0)	1	1		
De 1 a 3	20480	24,0 (22,9-25,0)	1,13 (1,07-1,19)	1,13 (1,07-1,18)		
Acima de 3	6877	21,3 (19,5-23,1)	1,00 (0,91-1,09)	1,12 (1,01-1,24)		
<i>Escolaridade</i>						
Sem instrução e fundamental incompleto	20301	35,8 (34,6-36,9)	1	1		
Fundamental completo e médio incompleto	9816	20,3 (18,8-21,8)	0,57 (0,53-0,61)	0,88 (0,82-0,94)		
Médio completo e superior incompleto	23686	15,6 (14,8-16,5)	0,44 (0,41-0,47)	0,72 (0,68-0,77)		
Superior completo	11027	18,3 (17,2-19,4)	0,51 (0,48-0,55)	0,62 (0,57-0,67)		
<i>Zona de residência</i>						

18 a 29 anos	15157	54,9 (53,4-56,4)	1	1
30 a 39 anos	17869	55,9 (54,6-57,1)	1,02 (0,98-1,05)	1,00 (0,96-1,03)
40 a 59 anos	31804	50,4 (49,4-51,4)	0,92 (0,89-0,95)	0,94 (0,91-0,97)
<i>Renda per capita (salários-mínimos)</i>				
Até 1	37473	44,9 (44,0-45,9)	1	1
De 1 a 3	20480	59,3 (58,1-60,5)	1,32 (1,28-1,36)	1,21 (1,18-1,24)
Acima de 3	6877	74,1 (72,4-75,8)	1,65 (1,60-1,70)	1,36 (1,31-1,41)
<i>Escolaridade</i>				
Sem instrução e fundamental incompleto	20301	37,4 (36,3-38,6)	1	1
Fundamental completo e médio incompleto	9816	49,2 (47,6-50,9)	1,31 (1,26-1,37)	1,27 (1,21-1,32)
Médio completo e superior incompleto	23686	57,1 (56,0-58,3)	1,53 (1,47-1,58)	1,39 (1,33-1,44)
Superior completo	11027	72,2 (70,8-73,5)	1,93 (1,86-2,00)	1,56 (1,49-1,63)
<i>Zona de residência</i>				
Urbano	50158	54,7 (53,9-55,5)	1	1
Rural	14672	43,1 (41,6-44,7)	0,79 (0,76-0,82)	0,98 (0,94-1,02)

RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança; ESF: Estratégia Saúde da Família.

*Prevalência levando-se em conta a amostragem complexa

Fonte: Dados da pesquisa.

Discussão

O presente estudo identificou iniquidades raciais em saúde bucal utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. Os resultados evidenciaram diferenças significativas entre os grupos raciais para os desfechos autopercepção positiva de saúde bucal, perda de 13 dentes ou mais e uso recente de serviços odontológicos.

É importante destacar que o termo “raça” é utilizado neste estudo em seu sentido sociológico, uma vez que do ponto de vista biológico e científico raças não existem^{16,17,18}. Entende-se, portanto, a raça como um conceito indicador de uma conformação sociocultural. Nesse sentido, as associações encontradas entre raça e os desfechos analisados no presente estudo decorrem das diferenças sociais resultantes do racismo estrutural¹⁹.

Este trabalho oferece contribuições importantes ao estudo das iniquidades raciais em saúde bucal ao demonstrar que, independentemente de outras variáveis socioeconômicas, a raça foi um marcador significativo para a autopercepção positiva de saúde bucal, perda de 13 dentes ou mais e uso recente de serviços odontológicos. Isso reforça uma linha de pesquisa que destaca que as diferenças socioeconômicas entre grupos raciais e étnicos são apenas um dos diversos mecanismos pelos quais o sistema de opressão racial na sociedade afeta a saúde bucal^{1,20}.

As iniquidades entre grupos raciais e étnicos têm como causa fundamental o racismo, que está profundamente enraizado na sociedade brasileira^{1,20}. O racismo, como um sistema que atravessa as dimensões institucionais, culturais e comportamentais da vida social, molda as iniquidades raciais na saúde bucal através de caminhos não econômicos interconectados. Estes incluem uma gama de recursos de poder (o grau em que um grupo social exerce controle sobre os outros), prestígio (honra ou deferência ligada a um indivíduo ou grupo social), liberdade (a capacidade de controlar as próprias circunstâncias de vida e ações), contexto da vizinhança e cuidados de saúde¹⁰.

Os achados do presente estudo também evidenciam o papel do colorismo nos resultados de saúde bucal, uma temática ainda pouco explorada pelos estudos na área. O colorismo (ou pigmentocracia) pode ser conceituado como a relação entre o tom de pele de uma pessoa e a obtenção de privilégios, experiências de discriminação e execução de direitos²¹. Quanto mais escura a tonalidade da pele, maior a probabilidade de exclusão social e menor acesso a oportunidades em áreas como educação, saúde, emprego e moradia, entre outros direitos e privilégios²². No que se refere à autoavaliação de saúde bucal, perda de 13 ou mais dentes e uso recente de serviços odontológicos, os indivíduos brancos apresentaram as melhores prevalências em comparação aos pretos e aos pardos. Os pardos mostraram prevalências intermediárias, melhores do que os pretos, mas ainda inferiores aos brancos. Já os indivíduos pretos apresentaram as maiores desvantagens entre os grupos. Os achados são consistentes com dados da literatura, que indicam uma associação entre pele mais clara e consequências reforçadoras positivas (à exemplo de maiores salários e maior escolaridade), enquanto peles mais escuras estão associadas a consequências punitivas e adversas, como sentenças mais severas para crimes semelhantes e menor autoestima²³.

Em relação aos desfechos analisados, os resultados corroboram achados de estudos anteriores que evidenciaram a raça como preditor para autoavaliação de saúde bucal^{24,25,26} e perda dentária^{27,28,29}.

A autoavaliação da saúde bucal é um indicador subjetivo das condições bucais amplamente utilizado na literatura, capaz de refletir a experiência subjetiva dos indivíduos e sintetizar a condição objetiva da saúde bucal em termos de funcionalidade, valores sociais e culturais relacionados à essa³⁰. A autoavaliação menos favorável da saúde bucal por indivíduos pretos e pardos, conforme observado neste estudo, é resultado da exposição contínua e prolongada dessa população a violações de seus direitos fundamentais, impactando significativamente suas condições de saúde e, consequentemente, sua percepção de saúde²⁴. A

literatura também tem mostrado, de forma consistente, que indivíduos brancos apresentam menor frequência de autoavaliação de saúde geral ruim do que os indivíduos que se autodeclaram de outras raças, independente de indicadores de posição socioeconômica como escolaridade, renda ou ocupação³⁰. Uma autoavaliação negativa da saúde pode refletir os sentimentos do indivíduo na sociedade, seja preconceito, exclusão ou mesmo dificuldades de acesso aos serviços de saúde³¹. Ressalta-se que, pretos e pardos, além de possuírem menor acesso a recursos educacionais, econômicos e ocupacionais, também possuem menor acesso a moradia de qualidade, vivem em vizinhanças mais economicamente segregadas, possuem menor capital social e político, menor acesso aos serviços de saúde, são mais expostos a trabalhos desgastantes e são mais expostos ao estresse psicossocial devido à exposição e à discriminação racial. Todas essas exposições restringem as opções de vida e trabalho em ambientes saudáveis e estão associadas à maior adesão a comportamentos de risco³⁰.

Quanto à perda dentária, a literatura tem demonstrado que esta é um bom proxy para o estado de saúde bucal cumulativo, refletindo os impactos de circunstâncias adversas ao longo da vida dos indivíduos^{32,33}. Os resultados evidenciaram que indivíduos pretos e pardos têm maior probabilidade de perda de 13 dentes ou mais em comparação aos brancos. O racismo estrutural expõe pessoas pretas e pardas a condições prejudiciais à saúde, além de impor e sustentar barreiras às oportunidades que promovem saúde e bem-estar³⁴. Além disso, estudos têm mostrado que a discriminação racial enfrentada diariamente por essas pessoas, juntamente com a distribuição desigual de maus-tratos dentro e entre os grupos raciais, atua como um estressor psicossocial significativo. Esses fatores contribuem para padrões específicos de saúde bucal e para as iniquidades raciais observadas nos desfechos odontológicos¹. Outro fator importante demonstrado na literatura é o viés clínico na tomada de decisão de tratamentos de acordo com base na raça do paciente, com evidências de indicação de procedimentos mais invasivos, rápidos e de menor custo aos negros^{10,35,36} e de mais exodontias de dentes posteriores

entre a população negra, quando comparados a outros grupos étnicos²⁹. É possível, portanto, que a decisão do dentista tenha um viés pró-branco para recomendar um tratamento mais complexo e mais conservador do dente, enquanto para pacientes negros na mesma condição, a extração é recomendada³⁷. Um estudo realizado com cirurgiões-dentistas no Nordeste do Brasil mostrou que, em um cenário clínico de total igualdade de condições entre os pacientes, os profissionais recomendaram a extração dentária em maior frequência para os usuários negros do que para os brancos³⁵. Outro estudo realizado com estudantes de Odontologia do Sul do Brasil, sugeriu um comportamento menos respeitoso e menos autonomia dada ao paciente negro em relação ao branco, bem como maior responsabilização dos pacientes negros por falhas no tratamento, quando comparados a seus pares brancos³⁸.

A raça também exerce uma influência significativa no acesso à assistência odontológica. No presente estudo, foi observado que indivíduos pretos e pardos têm menor probabilidade de uso de serviços odontológicos nos 12 meses anteriores à entrevista em comparação aos brancos. Constante, Marinho e Bastos⁶ através da análise de três inquéritos nacionais (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 e Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019), identificaram que a percepção da dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi maior entre os negros do que entre os brancos em todo o período de observação e em todas as regiões geográficas brasileiras. A histórica diferença socioeconômica entre grupos de cor/raça, os altos custos do tratamento odontológico e a menor disponibilidade de serviço odontológico público em relação ao privado no país colocam a população negra em posição de desvantagem para o uso de serviços odontológicos²⁰. Além disso, o racismo molda o acesso da população negra aos serviços de saúde ao influenciar as relações de poder, prestígio e liberdade, além de impactar o contexto da vizinhança, estigmatização e discriminação¹. Esses fatores interconectados exacerbam as iniquidades raciais no acesso aos cuidados odontológicos e

evidenciam a necessidade de políticas públicas mais inclusivas e sensíveis às questões raciais para promover equidade em saúde bucal no Brasil.

O racismo estrutural permeia todos os aspectos da sociedade, determinando o lugar que os indivíduos ocupam na escala social. Ele engloba todas as maneiras pelas quais as sociedades promovem a discriminação racial através de sistemas institucionais como habitação, educação, emprego, renda, benefícios, crédito, mídia, assistência médica e justiça criminal, que se reforçam mutuamente. Portanto, a influência da raça nos resultados de saúde não deve ser analisada de maneira isolada, uma vez que os determinantes e marcadores sociais operam de forma interligada¹⁹.

Os resultados aqui analisados corroboram achados de outras investigações ao mostrar piores resultados de saúde bucal^{24,25,32,33,37,40} e maiores dificuldades no acesso a serviços odontológicos^{8,39} entre indivíduos em desvantagem socioeconômica. A probabilidade de autoavaliação positiva de saúde bucal e de uso de serviços odontológicos no ano anterior à entrevista aumentou conforme aumentou a renda per capita e a escolaridade. A escolaridade também se apresentou como um importante preditor da perda de 13 ou mais dentes e do uso de prótese, indicando que indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade apresentaram menor chance de perda dentária e, consequentemente, menor probabilidade de uso de prótese em relação aos menos escolarizados. É consenso na literatura que indivíduos economicamente desfavorecidos tendem a sofrer maiores impactos negativos dos problemas bucais e relatar maior perda de elementos dentários do que os indivíduos em melhores condições econômicas. As pessoas mais escolarizadas, por outro lado, tendem a apresentar maior envolvimento no autocuidado e buscar mais frequentemente a resolução de problemas de saúde, além de usufruírem de melhores condições sociais e econômicas, como emprego, renda, posse de bens e acesso a serviços^{7, 40}.

Fatores demográficos também apresentaram associação com os desfechos neste estudo. Foi observado que a prevalência de perda de 13 ou mais dentes e de uso de prótese aumenta com a idade, enquanto a prevalência de uso recente de serviços odontológicos diminui à medida que a idade avança. Esses achados estão alinhados com resultados de outros estudos que indicam que populações mais velhas acumulam problemas bucais ao longo da vida, tornando-se mais suscetíveis à perda contínua de dentes.^{39,40} Com relação a autopercepção de saúde bucal, assim como no presente estudo, a literatura mostra que há uma maior probabilidade de autoavaliação negativa da saúde bucal nas faixas etárias intermediárias, especialmente entre 40-59 anos^{7,41,42}. Isso sugere que as iniquidades na saúde bucal subjetiva tendem a ser mais pronunciadas no início e no meio da vida adulta e tendem a diminuir em idades mais avançadas. Este fenômeno pode ser atribuído ao fato de que os idosos podem naturalizar certas dores e incapacidades bucais como parte inevitável do envelhecimento. Além disso, a substituição de dentes naturais por próteses parciais ou totais pode ser percebida como uma melhoria na condição bucal, o que influencia positivamente na autopercepção de saúde bucal⁷.

Em consonância com outros estudos^{8,25,43}, o sexo feminino foi associado a uma maior utilização de serviços odontológicos, uso de prótese e autopercepção positiva de saúde bucal. O papel universal e histórico conferido às mulheres pela sociedade patriarcal como responsáveis pelos cuidados dos filhos e de outros membros da família provavelmente determina uma maior atenção às questões de saúde e doença, resultando em uma percepção mais aguçada dos próprios problemas de saúde. Além disso, os homens são geralmente responsáveis pela renda familiar e frequentemente trabalham paralelamente ao funcionamento dos serviços de saúde, o que também dificulta a busca por tratamentos de saúde. Outras possíveis explicações para o menor uso de serviços de saúde por parte dos homens estão relacionadas às amarras culturais da masculinidade (homem visto como viril, forte e invulnerável), ao medo da descoberta de doenças e à vergonha da exposição corporal por este grupo²⁵.

O local de moradia também demonstrou ter um papel determinante nos desfechos investigados, sendo que os indivíduos que residem em zonas rurais apresentaram maior probabilidade de perda de 13 ou mais dentes e uso de prótese. As áreas rurais brasileiras frequentemente apresentam piores indicadores de renda, saneamento básico e níveis de escolaridade, cenário que pode favorecer o aumento da carga de morbidades e agravos à saúde. Além disso, a assistência à saúde bucal no Brasil historicamente tem sido mais limitada nas zonas rurais, com uma oferta restrita de procedimentos em comparação aos grandes centros urbanos, onde há uma maior concentração de serviços tanto públicos quanto privados ^{44, 45}. Neste ponto, deve-se levar em consideração que a desigualdade ambiental tem também especificidade racial. Populações pobres, despossuídas e pertencentes a minorias raciais são mais comumente alocadas em condições de moradia precárias, com condições inadequadas de saneamento e acesso dificultado aos serviços de saúde⁴⁶.

O presente estudo apresenta pontos fortes e limitações que merecem consideração. Entre as limitações, destaca-se o fato de que todos os dados foram autorreferidos pelos participantes da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, o que pode introduzir viés de memória no relato do uso de serviços odontológicos e viés de informação, com possíveis super ou subestimações da perda dentária. Além disso, de acordo com as diretrizes do IBGE, os indivíduos pertencentes aos grupos raciais minoritários de amarelos e indígenas foram excluídos da análise devido ao pequeno número de respostas e ao elevado coeficiente de variação, o que limitou a capacidade de investigação dessas populações. Um ponto relevante é que um estudo multinível teria sido ideal para a análise do impacto do racismo estrutural sobre a saúde dos indivíduos, o que não foi possível apenas com os dados oriundos da PNS. Portanto, sugere-se que estudos futuros sejam conduzidos para permitir uma análise mais aprofundada dessas questões. Além disso, por se tratar de um estudo transversal, inferências causais não puderam ser realizadas.

Apesar das limitações, o presente estudo fornece uma análise importante das iniquidades raciais na saúde bucal e no uso de serviços odontológicos baseando-se em dados de abrangência e representatividade nacional. Isso proporciona uma visão abrangente das iniquidades em saúde bucal relacionadas à raça e outros determinantes socioeconômicos, contribuindo significativamente para o entendimento dessas questões no contexto nacional. Outrossim, contribui para o fortalecimento da agenda científica antirracista, fortalecendo a luta contra essa iniquidade generalizada e persistente em todas as áreas.

Os achados evidenciaram iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil na autoavaliação positiva de saúde bucal, perda de 13 ou mais dentes e uso recente de serviços odontológicos, com maior desvantagem da população negra (pretos e pardos) em relação aos brancos, evidenciando o racismo como um determinante da saúde bucal e do acesso a serviços odontológicos. Foram identificadas também iniquidades intragrupo, com maior vulnerabilidade da população preta em comparação à parda, caracterizando um gradiente de privilégios em saúde bucal de acordo com a cor da pele. A persistência dessas associações após ajuste possibilita identificar o racismo como a raiz dessas iniquidades. Além disso, destaca-se o papel de outros marcadores sociais que interagem para produzir iniquidades em saúde bucal, nomeadamente renda, escolaridade, sexo, idade e região de moradia. Conclui-se que para mitigar as iniquidades raciais que são perpetuadas no país, é fundamental promover políticas públicas direcionadas à redução do racismo estrutural, principal causador e perpetuador das iniquidades raciais em saúde.

Referências

1. Bastos JL, Celeste RK, Paradies YC. Racial Inequalities in Oral Health. *J Dent Res* 2018; 97(8):878-886.

2. Abanto J, Panico C, Bönecker M, Frazão P. Impact of Demographic and Clinical Variables on the Oral Health-Related Quality of Life among Five-Year-Old Children: A Population-Based Study Using Self-Reports. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2018; 28:43-51.
3. Abdelrahim R, Delgado-Angulo EK, Gallagher JE, Bernabé E. Ethnic Disparities in Oral Health Related Quality of Life among Adults in London, England. *Community Dent Health* 2017; 34:122-127.
4. Andrade FB, Teixeira D, Frazão P, Duarte YAO, Lebrão ML, Antunes, JLF. Oral Health Profile among Community-Dwelling Elderly and Its Association with SelfRated Oral Health. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 21(Supl 02): e180012.
5. Henshaw MM, Garcia RI, Weintraub JA. Oral Health Disparities Across The Life Span. *Dent Clin North Am* 2018; 62(2):177-193.
6. Constante HM, Marinho GL, Bastos JL. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. *Cien Saude Colet* 2021; 26(9):3981-3990.
7. Sousa JL de, Henriques A, Silva ZP da, Severo M, Silva S. Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Cad Saude Publica* 2019; 35(6):e00099518.
8. Galvão MHR, Medeiros AA, Roncalli AG. Contextual and individual factors associated with public dental services utilisation in Brazil: A multilevel analysis. *PLoS One* 2021; 16(7):e0254310.

9. Galvão, M.H.R., Roncalli, A.G. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health* 2021; 21(541):1-8.
10. Lamenha-Lins RM, Souza GLN, Ferreira FM, Paiva SM, Bastos JL, Serra-Negra JM. *Racismo estrutural e saúde bucal*. 1. ed. Belo Horizonte: Comissão Editorial FAO UFMG; 2022.
11. Rossi TRA, Lorena Sobrinho JE, Chaves SCL, Martelli PJJ. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12): 4427-36.
12. Andrade FR de, Narvai PC. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. *Rev Saude Publica*; 2013; 47(Supl 3):154-60.
13. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM de, Gouvea E de CDP, Vieira MLFP, Freitas MPS de, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(5): e2020315.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 85p.
15. Malta DC, Gomes CS, Prates EJS, Santos FP, Almeida WS, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL. Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas últimas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24(Supl.2): e210002.

16. Santos RA, Silva RMNB. Racismo científico no Brasil: um retrato racial do Brasil pós-escravatura. *Educ rev* 2018; 34(68): 253-268.
17. Munanga K. A difícil tarefa de definir quem é negro no Brasil. *Estud av* 2004; 18(50): 51-66.
18. Coelho WB. *A cor ausente*. 2 Edição. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2009.
19. Adkins-Jackson PB, Chantarat T, Bailey ZD, Ponce NA. Measuring Structural Racism: A Guide for Epidemiologists and Other Health Researchers. *Am J Epidemiol* 2022; 191(4):539-547.
20. Constante HM. Racial inequalities in public dental service utilization: Exploring individual and contextual determinants among middle-aged Brazilian adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2020;48(4):302-308.
21. Hunter M. The persistent problem of colorism: Skin tone, status, and inequality. *Soc Compass* 2007; 1(1), 237–254.
22. Silva T. O colorismo e suas bases históricas discriminatórias. *Revista Direito UNIFACS - Debate Virtual* 2017; 211:1-19.
23. Mizael TM, Castro MSLB, Dittrich A. Uma interpretação analítico-comportamental do colorismo e de suas implicações clínicas. *Acta comport* 2021; 29(4):65-81.
24. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RSC, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30:611-22.

25. Cobo BC, Cruz C, Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2021; 26(9): 4021-4032.
26. Corassa RB, Silva CJ de P, Paula JS de, Aquino ÉC de, Sardinha LMV, Alves PAB. Condições de saúde bucal autorrelatadas entre adultos brasileiros: resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019. *Epidemiol Serv Saúde* 2022; 31(spe1):e2021383.
27. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(2):135–41.
28. Celeste RK, Goncalves LG, Faerstein E, Bastos JL. The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: the Pro-Saude study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41: 509–516.
29. Naz S, Bernabe E, Marcenes W, Delgado-Angulo EK. Ethnic differences in treatment preferences among adults in East London. *Br Dent J* 2021.
30. Camelo LV, Coelho CG, Chor D, Griep RH, Almeida M da CC de, Giatti L, Barreto SM. Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). *Cad Saude Publica*. 2022; 38(1):e00341920.
31. Karam SA, Schuch HS, Demarco FF, Barros FC, Horta BL, Correa MB. Social and racial inequity in self-rated oral health in adults in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2022; 38(3):e00136921.
32. Ferreira RC, Senna MIB, Rodrigues LG, Campos FL, Martins A, Kawachi I. Education and income-based inequality in tooth loss among Brazilian adults: does the place you live make a difference? *BMC Oral Health* 2020; 20:246.

33. Bomfim, RA, Constante, HM, Cascaes, AM. Explaining income inequities in tooth loss among Brazilian adults. *J Public Health Dent* 2023; 83(1):101– 107.
34. Braveman PA, Arkin E, Proctor D, Kauh T, Holm N. Systemic And Structural Racism: Definitions, Examples, Health Damages, And Approaches To Dismantling. *Health Aff (Millwood)* 2022;41(2):171-178.
35. Cabral ED, Caldas Júnior AF, Cabral HA. Influence of the patients race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(6):461-466.
36. Patel N, Patel S, Cotti E, Bardini G, Mannocci F. Unconscious Racial Bias May Affect Dentists' Clinical Decisions on Tooth Restorability: A Randomized Clinical Trial. *JDR Clin Trans Res* 2018; 4(1): 19–28.
37. Terra E Souza LH, Diaz-Quijano FA, de Azevedo Barros MB, Lima MG. Race (black-white) and sex inequalities in tooth loss: A population-based study. *PLoS One* 2022; 13;17(10):e0276103.
38. Candido LC, Finkler M, Bastos JL, Freitas SFT. Conflitos com o paciente, cor/raça e concepções de estudantes de Odontologia: uma análise com graduandos no Sul do Brasil. *Physis* 2019; 29(4): e290410.
39. Galvão MHR, Souza ACO de, Moraes HG de F, Roncalli AG. Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil. *Cienc Saude Colet* 2022;27(6):2437–2448.
40. Elani HW, Batista AFM, Thomson WM, Kawachi I, Chiavegatto Filho ADP. Predictors of tooth loss: A machine learning approach. *PLoS One* 2021; 16(6):e0252873.

41. Molarius A, Engstrom S, Flink H, Simonsson B, Tegelberg A. Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilisation after the dental care reform in 2008 in Sweden. *BMC Oral Health* 2014; 14:134-142.
42. Ramsay SE, Whincup PH, Watt RG, Tsakos G, Papacosta AO, Lennon LT, et al. Burden of poor oral health in older age: findings from a population-based study of older British men. *BMJ Open* 2015; 5(12):e009476.
43. Herkrath FJ, Vettore MV, Werneck GL. Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model. *BMC Public Health* 2020;20:953.
44. Herkrath FJ, Vettore MV, Werneck GL. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. *PloS One* 2018; 13(2): e0192771.
45. Schroeder FMM, Mendoza-Sassi RA, Meucci RD. Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil. *Cienc Saude Colet* 2020;25(6):2093–102.
46. Jesus V. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. *Saúde Soc* 2020; 29(2):e180519.

6.3 ARTIGO 3

Racismo, saúde bucal e acesso a serviços odontológicos: o impacto da discriminação racial, da segregação residencial e do ambiente de vizinhança

Racism, oral health and access to dental services: the impact of racial discrimination, residential segregation, and neighborhood environment

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre racismo, saúde bucal e acesso a serviços odontológicos, considerando três potenciais vias de impacto: discriminação racial, segregação residencial racial e caracterização do ambiente da vizinhança. Estudo transversal com 686 estudantes de graduação, que analisou desfechos de saúde bucal (autopercepção, comprometimento e perda dentária) e de acesso a serviços odontológicos (acesso, uso recente e avaliação do atendimento). As exposições foram raça/cor, discriminação racial, Índice de Interação Racial (IIR) do município de residência e caracterização da vizinhança. Razões de prevalência foram estimadas por regressão de Poisson, com ajustes orientados por Diagramas Acíclicos Direcionados (DAGs). Discriminação racial foi associada à falta de acesso (RP = 4,86; IC95%1,67-14,10), ausência de uso recente (RP=1,73; IC95%1,30-2,30) e avaliação negativa do atendimento (RP=1,66; IC95%1,12-2,46). Alto IIR do município de residência se relacionou à autopercepção negativa (RP=1,57 IC95%1,04-2,37) e menor probabilidade de falta de acesso aos serviços odontológicos (RP=0,38 IC95%0,18-0,81). Residência em vizinhanças com menos problemas físicos e sociais foi associada a menor probabilidade de autopercepção negativa (RP=0,66; IC95% 0,51-0,85), comprometimento da saúde bucal (RP=0,87; IC95%0,76-0,99), falta de acesso (RP = 0,34; IC95%0,15-0,75) e avaliação negativa do atendimento (RP=0,51; IC95%0,37-0,72). Os achados evidenciam que o racismo impacta a saúde bucal por múltiplas vias e destacam a urgência de estratégias amplas e eficazes para a redução das iniquidades que afetam os grupos racializados.

Palavras-chave: Racismo; Segregação Residencial; Características de Residência; Saúde Bucal; Acesso aos serviços de saúde.

Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between racism, oral health and access to dental services, considering three potential impact pathways: racial discrimination, racial residential segregation, and neighborhood environment characteristics. A cross-sectional study was conducted with 686 undergraduate students, analyzing oral health outcomes (self-perception, impairment and tooth loss) and access to dental services (access, recent use and service evaluation). The exposures were race/color, racial discrimination, the Municipal Racial Interaction Index (IRI) and neighborhood characteristics. Prevalence ratios were estimated using Poisson regression, with adjustments guided by Directed Acyclic Graphs (DAGs). Racial discrimination was associated with lack of access (PR = 4.86; 95% CI 1.67-14.10), absence of recent use (PR = 1.73; 95% CI 1.30-2.30) and negative service evaluation (PR = 1.66; 95% CI 1.12-2.46). A high IRI in the municipality of residence was related to negative self-perception (PR = 1.57; 95% CI 1.04-2.37) and a lower probability of lack of access to dental services (PR = 0.38; 95% CI 0.18-0.81). Living in neighborhoods with fewer physical and social problems was associated with a lower probability of negative self-perception (PR = 0.66; 95% CI 0.51-0.85), oral health impairment (PR = 0.87; 95% CI 0.76-0.99), lack of access (PR = 0.34; 95% CI 0.15-0.75) and negative service evaluation (PR = 0.51; 95% CI 0.37-0.72). The findings highlight that racism impacts oral health through multiple pathways and emphasize the urgency for broad and effective strategies to reduce inequities affecting racialized groups.

Keywords: Racism; Residential Segregation; Residence characteristics; Oral Health; Health Services Accessibility.

Introdução

As iniquidades raciais em saúde bucal são amplamente documentadas na literatura, com evidências apontando que indivíduos de grupos raciais marginalizados enfrentam barreiras significativas no acesso e na qualidade dos cuidados odontológicos^{1,2}, além de apresentarem maiores prevalências de problemas bucais, como cárie, doença periodontal e perda dentária^{3,4}.

A literatura epidemiológica tem ressaltado a importância de compreender a raça como um construto social, moldado por processos sócio-históricos, e de ampliar a pesquisa sobre as iniquidades raciais em saúde bucal, com foco no racismo como a causa fundamental dessas iniquidades^{5,6,7,8}. O racismo, enquanto sistema social complexo, se manifesta tanto no nível estrutural, por meio de ideologias e práticas institucionais que favorecem certos grupos raciais em detrimento de outros, quanto no nível interpessoal, por meio de comportamentos preconceituosos e discriminatórios contra indivíduos em decorrência da raça⁹.

Assim, esse sistema afeta a saúde através de diferentes vias, destacando-se: (I) a injustiça econômica e a privação social vividas pelos indivíduos racializados, refletidas pela segregação residencial, educacional e ocupacional, que resulta em condições de vida precárias e acentua as iniquidades em saúde; (II) iniquidades ambientais, que expõem populações marginalizadas a ambientes físicos e sociais prejudiciais, ampliando os problemas de saúde; e (III) o trauma psicossocial, decorrente da discriminação interpessoal e das microagressões, que perpetuam estigmas raciais e afetam os comportamentos e a saúde mental e física⁵. Nesse sentido, tanto o local de residência quanto as condições e experiências de vida de um indivíduo estão intimamente relacionados ao seu estado de saúde¹⁰.

Embora as evidências sobre as iniquidades raciais em saúde bucal sejam claras, o papel do racismo na perpetuação dessas iniquidades e no acesso a serviços odontológicos ainda é pouco explorado^{6,8}. A maioria dos estudos disponíveis na literatura adota uma abordagem descritiva, utilizando a identidade racial autoidentificada como indicador da exposição ao racismo, o que limita a compreensão dos múltiplos mecanismos pelos quais o racismo pode afetar a saúde bucal¹¹. Investigações que transcendam a abordagem descritiva e busquem entender as causas subjacentes dessas iniquidades são essenciais para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes que visem reduzir as iniquidades raciais em saúde bucal e garantir o acesso equitativo aos cuidados odontológicos.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo investigar a relação entre o racismo e a saúde bucal e o acesso a serviços odontológicos, abordando três potenciais vias de

impacto do racismo na saúde: a discriminação racial interpessoal, a segregação residencial racial e as características do ambiente da vizinhança.

Métodos

Desenho e população do estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado com estudantes de graduação matriculados em 2023 na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), uma instituição pública localizada em Juiz de Fora (MG) e com campus avançado em Governador Valadares (MG). A UFJF contava com aproximadamente 15 mil alunos matriculados em cursos presenciais de graduação. Foram incluídos todos os estudantes com 18 anos ou mais, considerando perda amostral aqueles que não responderam ao questionário após três tentativas de contato por e-mail.

A escolha da população universitária se justifica pelo fato de o ambiente acadêmico reunir indivíduos com diferentes origens raciais, socioeconômicas e territoriais, o que possibilita a análise das iniquidades raciais em um contexto institucional diverso. Embora o espaço universitário ainda seja, em muitos aspectos, um espaço de privilégio, este vem se tornando mais plural com a adoção das políticas de ações afirmativas, que ampliaram significativamente o acesso ao ensino superior por parte de grupos historicamente excluídos. Esse cenário, portanto, permite analisar a persistência das iniquidades raciais mesmo entre pessoas com níveis educacionais semelhantes, bem como os múltiplos efeitos do racismo em um contexto onde coexistem diferentes trajetórias.

De acordo com dados institucionais, em 2023, 15.361 alunos estavam matriculados em cursos de graduação presencial na UFJF, sendo 87,6% no campus de Juiz de Fora. Entre os estudantes, 59,4% eram autodeclarados brancos, 27,5% pardos, 10,7% pretos e 2,4% amarelos, indígenas ou pertencentes a outra raça/cor.

O cálculo do tamanho amostral para populações finitas estimou um tamanho mínimo de 347 participantes, considerando uma prevalência de discriminação racial de 9%¹², intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFJF (parecer nº 6.041.263).

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um questionário online, elaborado na plataforma Google Formulários e enviado por e-mail pela Diretoria de Imagem Institucional da UFJF. O questionário continha 54 questões, organizadas em quatro blocos: Bloco I - Dados demográficos e socioeconômicos; Bloco II – Saúde Bucal; Bloco III – Escala de Percepção de Vizinhança¹³; Bloco IV – Escala de Discriminação Explícita (EDE) abreviada¹⁴.

A Escala de Percepção de Vizinhança, validada no Brasil, avalia a percepção do ambiente considerando desordens físicas e sociais, com pontuação de 0 a 32 (valores mais altos indicam maiores problemas)¹³.

A Escala de Discriminação Explícita (EDE) é um instrumento validado que mensura a experiência de discriminação explícita no contexto brasileiro. Sua versão abreviada, adequada para estudantes de graduação¹⁴, é autoaplicável e apresenta oito situações nas quais o respondente indica a frequência de tratamento desigual e a causa percebida (incluindo "cor ou raça"), por meio de uma escala Likert de 0 a 24, onde escores mais altos indicam maior discriminação percebida.

Exposições

As exposições de interesse incluíram raça/cor, discriminação racial, Índice de Interação Racial (IIR) do município de residência e caracterização da vizinhança.

Considerando que muitos estudantes se mudam de cidade para cursar a graduação, este estudo levou em conta o município e a vizinhança onde o participante residiu durante a maior parte de sua vida ou, no mínimo, por cinco anos. Essa abordagem visa capturar as experiências que influenciaram suas oportunidades ao longo da vida.

A "raça/cor" seguiu a classificação do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), com as categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena.

A discriminação racial, mensurada pela EDE abreviada, foi classificada como "sim" ou "não", considerando discriminado o indivíduo que relatou tratamento diferenciado baseado na raça em pelo menos uma das 8 questões e interpretou o ato como discriminatório.

O Índice de Interação Racial (IIR) mede a segregação residencial na dimensão de “exposição”. Trata-se de uma medida que avalia o grau de interação entre pessoas de diferentes grupos raciais em determinado território. Ele estima a probabilidade de que indivíduos de um grupo racial compartilhem o mesmo espaço residencial com pessoas de outros grupos, refletindo, portanto, o nível de segregação ou de integração racial existente. O índice varia de 0 (menor interação) a 1 (maior interação)¹⁵. O IIR foi estimado para os municípios de residência

dos respondentes com base nos dados do Censo Demográfico de 2022. As informações foram extraídas de arquivos disponíveis na página do IBGE (https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Agregados_por_Setores_Censitarios/Agregados_por_Setor_xlsx/) em 19/11/2024, no formato de arquivos Excel. As variáveis extraídas para o cálculo do IIR foram: população residente total por setor censitário (V01006), obtida na planilha “Agregados_por_setores_demografia_BR.xlsx”; e população residente por categorias de raça/cor/etnia (V01317, V01318, V01319, V01320 e V01321) oriundas da planilha “Agregados_por_setores_cor_ou_raca_BR.xlsx”. O cálculo do IIR foi feito no programa R, seguindo os métodos de Sparks (https://rpubs.com/corey_sparks/473785) já empregados em estudos anteriores^{16, 17}. Para a análise, o IIR foi categorizado em “alto” e “baixo” com base na mediana, sendo que um alto IIR indica maior diversidade e interação entre os grupos raciais, enquanto um baixo IIR reflete um maior grau de segregação residencial.

A variável “caracterização da vizinhança” foi dicotomizada com base na pontuação da Escala de Percepção de Vizinhança em: “menos problemas”, correspondente ao tercil inferior, e “mais problemas”, correspondente aos tercis intermediário e superior¹⁸.

Desfechos

Foram analisados três desfechos de saúde bucal—autopercepção da saúde bucal, comprometimento da saúde bucal e perda dentária—, e três relacionados ao acesso a serviços odontológicos—acesso aos serviços odontológicos, uso recente de serviços odontológicos e avaliação do atendimento odontológico.

A autopercepção da saúde bucal foi classificada em positiva ou negativa, conforme avaliação do próprio respondente¹⁹. O comprometimento da saúde bucal foi identificado pela presença de pelo menos uma das seguintes condições: dor de dente, desconforto com a aparência bucal ou dificuldades alimentares, considerando respostas “muito frequentemente”, “frequentemente” ou “às vezes” como indicativas de comprometimento²⁰. A perda dentária foi definida pelo relato de extração de pelo menos um dente permanente, sendo categorizada em “sim” e “não”¹⁹.

As variáveis de acesso a serviços odontológicos foram obtidas através de questões do questionário do Projeto SB Brasil 2020²¹. O acesso foi classificado em “acesso” (respostas “procurei e fui agendado” ou “fui atendido”) e “falta de acesso” (“não fui atendido”). O uso recente foi definido como “até 1 ano” e o não uso recente como “mais de 1 ano” ou “nunca foi ao dentista”. A avaliação do atendimento foi categorizada como “positiva” ou “negativa”.

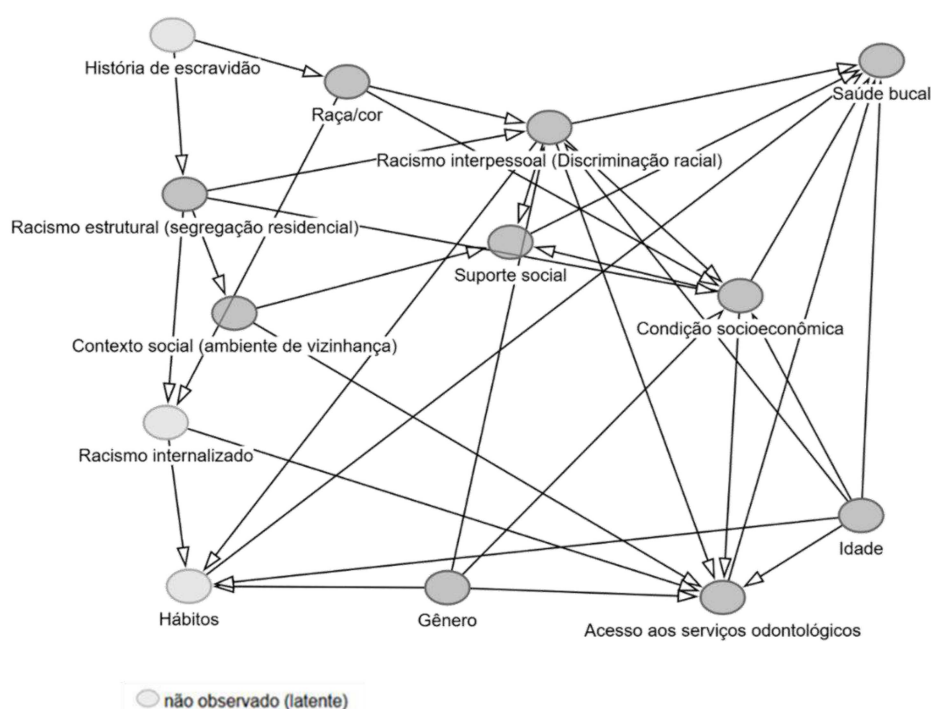
Covariáveis

As covariáveis incluíram idade, gênero, estado conjugal, renda familiar, escolaridade materna, atividade remunerada, tipo de escola no ensino médio, auxílio estudantil e área de conhecimento do curso.

Análises estatísticas

As análises estatísticas foram realizadas no software R (versão 4.2.1). Primeiramente, foi conduzida uma análise descritiva dos dados. As associações entre desfechos e exposições foram investigadas por meio de análises bivariadas e multivariadas (regressão de Poisson com variância robusta), com estimativas das razões de prevalência brutas e ajustadas, acompanhadas de intervalos de confiança de 95% (IC95%). Gráficos acíclicos direcionados (DAGs) foram utilizados para estabelecer relações causais e ajustar fatores de confusão, sendo construídos no programa DAGitty seguindo orientações teóricas e empíricas da literatura⁷. Variáveis latentes, ou seja, não observadas, também foram incorporadas ao DAG para representar fatores que não foram diretamente mensurados, mas que influenciam as variáveis observadas, permitindo uma análise mais precisa das relações causais. Os DAGs são apresentados em material suplementar. O ajuste do modelo múltiplo final foi verificado pela análise dos resíduos, avaliando superdispersão, normalidade e outliers. Os resultados confirmaram a adequação do ajuste do modelo. A figura 1 apresenta o diagrama causal entre exposições, desfechos e covariáveis do estudo.

Figura 1. Diagrama causal das relações entre exposições, desfechos e covariáveis do estudo.



Resultados

Este estudo incluiu 686 alunos de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora. As categorias de raça/cor amarela e indígena foram excluídas da análise, devido à baixa representatividade na amostra (apenas um indivíduo autodeclarado indígena e nenhum amarelo). Entre os participantes, 17,9% tinham entre 18 e 20 anos, 51,9% estavam na faixa de 20 a 24 anos e 30,2% tinham mais de 25 anos. A maioria dos participantes era mulher cisgênero (67,9%) e possuía renda familiar mensal de até 3 salários mínimos (47,7%). Em relação à raça/cor, 58,2% eram brancos, 23,2% pardos e 18,6% pretos. Quanto à experiência de discriminação racial, 63,6% dos participantes referiram não ter vivenciado tal situação, enquanto 36,4% afirmaram ter sido vítimas de discriminação racial.

A tabela 1 apresenta características da população de estudo estratificadas por raça/cor e por experiência de discriminação racial.

A proporção de indivíduos autodeclarados pretos e pardos foi significativamente maior nas categorias de menor renda, em comparação aos brancos ($p < 0,001$). De maneira semelhante, a frequência de matrícula em escolas públicas durante o ensino médio também foi mais elevada entre pretos e pardos do que entre brancos ($p < 0,001$). A experiência de discriminação racial foi mais prevalente na faixa etária de 20 a 24 anos ($p = 0,014$), no estrato de menor renda ($p < 0,001$),

Ensino superior incompleto ou mais	204	69,4	55	18,7	35	11,9		210	71,4	84	28,6
Atividade remunerada							0,246				0,019
Não	301	60,1	111	22,2	89	17,8		332	66,3	169	33,7
Sim	98	53,0	48	25,9	39	21,1		104	56,2	81	43,8
Tipo de escola no ensino médio							<0,001				<0,001
Privada	215	76,2	40	14,2	27	9,6		215	76,2	67	23,8
Pública	184	45,5	119	29,5	101	25,0		221	54,7	183	45,3
Ingresso na UFJF por cotas raciais							<0,001				<0,001
Não	399	75,0	89	16,7	44	8,3		404	75,9	128	24,1
Sim	0	0,0	70	45,5	84	54,5		32	20,8	122	79,2
Auxílio estudantil							<0,001				<0,001
Não	343	61,9	126	22,7	85	15,3		376	67,9	178	32,1
Sim	56	42,4	33	25,0	43	32,6		60	45,5	72	54,5
Área de conhecimento do curso							0,556				0,329
Ciências da Saúde e Biológicas	141	58,5	55	22,8	45	18,7		158	65,6	83	34,4
Ciências Exatas e Engenharias	60	65,9	17	18,7	14	15,4		62	68,1	29	31,9
Ciências Humanas e Sociais	198	55,9	87	24,6	69	19,5		216	61,0	138	39,0
IIR do município de residência							0,279				0,917
Baixo	64	54,2	34	28,8	20	16,9		74	62,7	44	37,3
Alto	335	59,0	125	22,0	108	19,0		362	63,7	206	36,3
Caracterização da vizinhança							<0,001				<0,001
Mais problemas	153	49,5	85	27,5	71	23,0		164	53,1	145	46,9
Menos problemas	246	65,3	74	19,6	57	15,1		272	72,1	105	27,9

A Tabela 2 apresenta as prevalências dos desfechos relacionados à saúde bucal e ao acesso a serviços odontológicos entre os participantes. Os resultados mostraram que uma proporção significativa da população apresentou comprometimento da saúde bucal, com 57,3% dos indivíduos sendo afetados. Além disso, 25,7% avaliaram sua saúde bucal de forma negativa, e 16,5% relataram experiência de perda dentária. No que se refere ao acesso a serviços odontológicos, a prevalência de falta de acesso foi relativamente baixa (3,9%), e a maioria dos

participantes (69%) relatou ter utilizado serviços de saúde bucal no último ano. No entanto, 17,3% avaliaram negativamente a qualidade do atendimento recebido.

Tabela 2. Prevalências dos desfechos de saúde bucal e acesso a serviços odontológicos (N=686).

Desfechos	Prevalência	
	n	% (IC95%)
Saúde bucal		
Autoavaliação negativa de saúde bucal	176	25,7 (22,4-29,0)
Comprometimento da saúde bucal	393	57,3 (53,6-61,0)
Perda dentária	113	16,5 (13,8-19,2)
Acesso a serviços odontológicos		
Falta de acesso a serviços odontológicos	27	3,9 (2,5-5,3)
Não uso recente de serviços odontológicos	213	31,0 (27,5-34,5)
Avaliação negativa do atendimento odontológico	119	17,3 (14,6-20,0)

IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

Na tabela 3 são apresentadas as prevalências e as razões de prevalência entre as variáveis de exposição e os desfechos relacionados à saúde bucal.

Após ajuste para os fatores de confusão indicados pelo DAG, a raça/cor permaneceu significativamente associada à autopercepção de saúde bucal e à perda dentária. Indivíduos autodeclarados pretos apresentaram maior prevalência de autopercepção negativa da saúde bucal (RP = 1,65; IC95% 1,21-2,25) e de perda dentária (RP = 2,05; IC95% 1,39-3,04), assim como os pardos, que também mostraram maior prevalência desses desfechos (RP = 1,64; IC95% 1,22-2,21 para autopercepção negativa e RP = 1,53; IC95% 1,01-2,31 para perda dentária). O Índice de Interação Racial (IIR) do município de residência também mostrou associação com a autopercepção da saúde bucal, indicando que indivíduos residentes em municípios com alto IIR apresentaram maior probabilidade de avaliar negativamente sua saúde bucal (RP = 1,57; IC95% 1,04-2,37). Ademais, residir em áreas com menos problemas físicos e sociais foi um fator protetor tanto para a autopercepção negativa da saúde bucal (RP = 0,66; IC95% 0,51-0,85) quanto para o comprometimento da saúde bucal (RP = 0,87; IC95% 0,76-0,99).

A experiência de discriminação racial esteve associada a piores indicadores de saúde bucal apenas na análise bruta, com associação significativa com autopercepção negativa da saúde bucal (RP = 1,49; IC95% 1,16-1,91) e perda dentária (RP = 1,78; IC95% 1,27-2,48). No entanto, após o ajuste para fatores de confusão, essas associações perderam significância estatística, sugerindo que outros determinantes socioeconômicos e estruturais podem mediar essa relação.

Tabela 3. Prevalências, razões de prevalência brutas e ajustadas dos desfechos relacionados à saúde bucal por raça/cor, experiência de discriminação, IIR do município de residência e características da vizinhança (N=686).

Variáveis	Autopercepção negativa de saúde bucal			Comprometimento da saúde bucal			Perda dentária		
	Prev. (IC 95%)	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)	Prev. (IC 95%)	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)	Prev. (IC 95%)	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
<i>Raça/cor¹</i>									
Branca	20,3 (16,4-24,2)	1	1	56,4 (51,5-61,3)	1	1	12,5 (9,2-15,8)	1	1
Parda	32,7 (25,4-40,0)	1,61 (1,20-2,17)	1,64 (1,22-2,21)	57,9 (50,3-65,5)	1,03 (0,88-1,20)	1,03 (0,88-1,2)	18,9 (12,8-25,0)	1,51 (1,00-2,28)	1,53 (1,01-2,31)
Preta	33,6 (25,4-41,8)	1,65 (1,21-2,26)	1,65 (1,21-2,25)	59,4 (51,0-67,8)	1,05 (0,89-1,24)	1,05 (0,89-1,24)	25,8 (18,2-33,4)	2,06 (1,39-3,04)	2,05 (1,39-3,04)
<i>Discriminação racial²</i>									
Não	21,8 (17,9-25,7)	1	1	55,7 (51,0-60,4)	1	1	12,8 (9,7-15,9)	1	1
Sim	32,4 (26,5-38,3)	1,49 (1,16-1,91)	1,14 (0,83-1,56)	60,0 (53,9-66,1)	1,08 (0,94-1,23)	1,07 (0,89-1,27)	22,8 (17,5-28,1)	1,78 (1,27-2,48)	1,19 (0,79-1,80)
<i>IIR do município de residência³</i>									
Baixo	17,8 (10,9-24,7)	1	1	55,9 (46,9-64,9)	1	1	12,7 (6,6-18,8)	1	1
Alto	27,3 (23,6-31,0)	1,53 (1,02-2,31)	1,57 (1,04-2,37)	57,6 (53,5-61,7)	1,03 (0,86-1,23)	1,03 (0,86-1,23)	17,3 (14,2-20,4)	1,36 (0,82-2,25)	1,37 (0,84-2,25)

*Caracterização
da vizinhança⁴*

Mais problemas	31,7 (26,6-36,8)	1	1	61,8 (56,3-67,3)	1	1	19,1 (14,8-23,4)	1	1
Menos problemas	20,7 (16,6-24,8)	0,65 (0,50-0,84)	0,66 (0,51-0,85)	53,6 (48,5-58,7)	0,87 (0,76-0,99)	0,87 (0,76-0,99)	14,3 (10,8-17,8)	0,75 (0,54-1,05)	0,75 (0,54-1,06)

Prev.: prevalência; RP: razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

¹ Razão de prevalência ajustada para raça pelo IIR do município de residência, conforme DAG.

² Razão de prevalência ajustada para discriminação racial por gênero, idade, IIR do município de residência e raça/cor, conforme DAG.

³ Razão de prevalência para IIR do município de residência ajustada por raça/cor, conforme DAG.

⁴ Razão de prevalência ajustada para características da vizinhança pelo IIR do município de residência, conforme DAG.

A Tabela 4 apresenta as prevalências e as razões de prevalência entre as exposições e os desfechos de acesso a serviços odontológicos.

Tabela 4. Prevalências, razões de prevalência brutas ajustadas dos desfechos relacionados ao acesso a serviços odontológicos por raça/cor, experiência de discriminação, IIR do município de residência e características da vizinhança (N=686).

Variáveis	Falta de acesso a serviços odontológicos			Ausência de uso recente de serviços odontológicos			Avaliação negativa do atendimento odontológico		
	Prev. (IC 95%)	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada ^a (IC 95%)	Prev. (IC 95%)	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada ^a (IC 95%)	Prev. (IC 95%)	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada ^a (IC 95%)
<i>Raça/cor¹</i>									
Branca	1,8 (0,4-3,2)	1	1	28,6 (24,1-33,1)	1	1	13,0 (9,7-16,3)	1	1
Parda	7,5 (3,4-11,6)	4,30 (1,72-10,7)	4,02 (1,61-10,06)	32,7 (25,4-40,0)	1,14 (0,87-1,50)	1,15 (0,88-1,51)	23,3 (16,6-30,0)	1,79 (1,22-2,61)	1,77 (1,21-2,58)
Preta	6,3 (2,2-10,4)	3,56 (1,32-9,63)	3,58 (1,34-9,59)	36,7 (28,3-45,1)	1,29 (0,98-1,69)	1,28 (0,98-1,69)	23,4 (16,1-30,7)	1,80 (1,20-2,69)	1,80 (1,20-2,69)
<i>Discriminação racial²</i>									
Não	1,4 (0,2-2,6)	1	1	25,9 (21,8-30,0)	1	1	12,8 (9,7-15,9)	1	1
Sim	8,4 (4,9-11,9)	6,1 (2,50-14,92)	4,86 (1,67-14,10)	40,0 (33,9-46,1)	1,54 (1,24-1,92)	1,73 (1,30-2,30)	25,2 (19,9-30,5)	1,96 (1,42-2,71)	1,66 (1,12-2,46)

<i>IIR do município de residência³</i>									
Baixo	8,5 (3,4-13,6)	1	1	27,1 (19,1-35,1)	1	1	20,3 (13,0-27,6)	1	1
Alto	3,0 (1,6-4,4)	0,35 (0,17-0,75)	0,38 (0,18-0,81)	31,9 (28,0-35,8)	1,18 (0,85-1,62)	1,18 (0,86-1,62)	16,7 (13,6-19,8)	0,82 (0,55-1,23)	0,84 (0,57-1,25)
<i>Caracterização da vizinhança⁴</i>									
Mais problemas	6,1 (3,4-8,8)	1	1	31,7 (26,6-36,8)	1	1	23,6 (18,9-28,3)	1	1
Menos problemas	2,1 (0,7-3,5)	0,35 (0,15-0,78)	0,34 (0,15-0,75)	30,5 (25,8-35,2)	0,96 (0,77-1,2)	0,96 (0,77-1,21)	12,2 (8,9-15,5)	0,52 (0,37-0,72)	0,51 (0,37-0,72)

Prev.: prevalência; RP: razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

¹ Razão de prevalência ajustada para raça pelo IIR do município de residência, conforme DAG.

² Razão de prevalência ajustada para discriminação racial por gênero, idade, IIR do município de residência e raça/cor, conforme DAG.

³ Razão de prevalência para IIR do município de residência ajustada por raça/cor, conforme DAG.

⁴ Razão de prevalência ajustada para características da vizinhança pelo IIR do município de residência, conforme DAG.

Na análise ajustada, a raça/cor esteve associada tanto à falta de acesso quanto à avaliação do atendimento odontológico. Indivíduos pretos (RP = 3,58; IC95% 1,34-9,59) e pardos (RP = 4,02; IC95% 1,61-10,06) apresentaram maior probabilidade de não acessar esses serviços. Além disso, ambos os grupos também tiveram maior probabilidade de avaliar negativamente o atendimento recebido (pretos: RP = 1,80; IC95% 1,20-2,69; pardos: RP = 1,77; IC95% 1,21-2,58). A experiência de discriminação racial apresentou associação com a falta de acesso a serviços odontológicos (RP = 4,86 IC95% 1,67-14,10), com a ausência de uso recente (RP = 1,73 IC95% 1,30-2,30) e com a avaliação negativa de atendimento odontológico (RP = 1,66 IC95% 1,12-2,46). O Índice de Interação Racial (IIR) do município de residência permaneceu associado à falta de acesso a serviços odontológicos (RP = 0,38; IC95% 0,18-0,81), indicando que residentes de municípios com IIR alto tem menor probabilidade de relatar falta de acesso em comparação àqueles em municípios com IIR baixo. Por fim, viver em vizinhanças com menos problemas foi associado a menor probabilidade de falta de acesso a serviços odontológicos (RP = 0,34; IC95% 0,15-0,75) e de avaliação negativa do atendimento recebido (RP = 0,51; IC95% 0,37-0,72).

Discussão

Os resultados deste estudo corroboram a existência de iniquidades raciais significativas na saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos, evidenciando o racismo como um fator central, que atua tanto de forma interpessoal quanto estrutural na perpetuação dessas iniquidades.

Os achados demonstraram que indivíduos pretos e pardos apresentaram maior propensão à autopercepção negativa da saúde bucal e à perda dentária em comparação aos brancos. Além disso, esses indivíduos apresentaram probabilidade significativamente maior de não acessar os serviços odontológicos e de avaliar negativamente o atendimento recebido. Esse padrão de iniquidade, que se agrava de acordo com o tom de pele, revela uma hierarquização racial complexa, em que indivíduos de pele preta apresentam os piores resultados de saúde bucal, seguidos por aqueles de pele parda, quando comparados aos brancos. Tal fenômeno, relacionado à discriminação dentro dos próprios grupos raciais, pode ser interpretado à luz do fenômeno do colorismo, que agrava ainda mais as iniquidades em saúde bucal²². O colorismo hierarquiza as pessoas negras com base em características fenotípicas, favorecendo aquelas cujas características físicas mais se aproximam dos padrões de "europeidade"²³. Dessa forma, a discriminação não ocorre apenas entre diferentes grupos raciais, mas também dentro deles, reforçando as iniquidades já existentes.

Sabe-se que a filiação a um grupo racial marginalizado resulta em uma maior exposição à discriminação interpessoal e a contextos sociais adversos, ambos com potencial para impactar negativamente a saúde⁷. Neste estudo, embora a discriminação racial tenha se mostrado associada aos desfechos de saúde bucal na análise bruta, não se observou uma associação significativa na análise ajustada. A relação entre experiências de discriminação racial e resultados de saúde bucal ainda não está completamente esclarecida na literatura, com a existência de descobertas conflitantes. Enquanto pesquisas como as de Celeste et al.²⁴ e Finlayson et al.²⁵ não encontraram associações significativas, outros autores, como McGlumphy et al.²⁶, Cozier et al.¹¹ e Raskin et al.²⁷, evidenciam uma associação positiva entre experiências de discriminação racial e desfechos adversos, como autoavaliação negativa da saúde bucal e perda dentária^{28, 29}. Esses estudos sugerem que a discriminação racial gera sofrimento psicológico, o que pode levar a comportamentos prejudiciais à saúde, como o tabagismo, abuso de álcool e consumo excessivo de açúcares, fatores diretamente relacionados à saúde bucal³⁰. Além disso, a discriminação racial limita o acesso a oportunidades de educação, emprego e moradia, expondo os indivíduos a fatores de risco ambientais que afetam negativamente os resultados de saúde e o acesso a serviços odontológicos³¹.

O presente estudo fortalece a compreensão dos efeitos da discriminação racial no acesso a serviços odontológicos, mostrando que essa discriminação pode diminuir o acesso e o uso de serviços odontológicos, além de aumentar a probabilidade de avaliações negativas sobre o atendimento recebido. Esses achados estão em consonância com pesquisas anteriores, que associaram a discriminação racial à não utilização de serviços odontológicos^{27, 32}. Ben et al.³³ destacam que a discriminação racial pode afetar a percepção dos indivíduos sobre o sistema de saúde, influenciar suas interações com profissionais e impactar diretamente o acesso e a qualidade dos cuidados. Episódios de discriminação por parte dos profissionais de saúde podem gerar alienação, reforçar tratamentos paternalistas e coercitivos, e criar barreiras culturais e linguísticas, o que contribui para a desconfiança no sistema de saúde e para a não adesão ao tratamento, ampliando a insatisfação com o atendimento e exacerbando a necessidade não atendida de cuidados odontológicos³². Nesse cenário, a competência cultural se destaca como uma ferramenta fundamental para mitigar os efeitos da discriminação racial nos serviços odontológicos. Capacitar os profissionais de saúde, incluindo dentistas, para reconhecer e respeitar as diferenças raciais e culturais dos pacientes é essencial para criar um ambiente inclusivo e sensível às necessidades de cada grupo. A falta de competência cultural pode perpetuar barreiras de comunicação e reforçar estigmas, exacerbando a desconfiança e insatisfação dos pacientes. Em contrapartida, práticas culturalmente competentes promovem uma relação mais positiva entre profissionais e pacientes, resultando em cuidados mais eficazes, acolhedores e equitativos. Portanto, a formação contínua sobre diversidade e sensibilidade cultural é crucial para reduzir as iniquidades no acesso e na qualidade dos cuidados odontológicos³⁴.

Cabe destacar, em relação à experiência de discriminação, que grande parte dos estudantes que relataram experiências de discriminação interpessoal indicaram mais de um motivo em suas respostas à Escala de Discriminação Explícita (EDE), como raça/cor, orientação sexual, aparência física (ser gordo ou magro), classe social, entre outros, evidenciando que as vivências de discriminação interpessoal são frequentemente atravessadas por múltiplos marcadores sociais, o que reforça a importância de incorporar abordagens interseccionais nas investigações sobre iniquidades em saúde bucal. Considerar como diferentes formas de opressão se sobrepõem e interagem é essencial para compreender as vulnerabilidades complexas que afetam determinados grupos, e para orientar políticas públicas mais sensíveis às múltiplas dimensões da exclusão social⁶.

É importante ressaltar que os indivíduos não cometem discriminação em um vácuo social, mas estão imersos em uma estrutura social mais ampla que perpetua o racismo. Assim,

o racismo, longe de ser um fenômeno individual ou isolado, está profundamente enraizado na organização econômica e política da sociedade, de modo que as atitudes discriminatórias refletem uma norma social vigente, influenciada por estruturas de poder historicamente estabelecidas^{6,35}. Nesse sentido, a literatura tem apontado que as dimensões estruturais do racismo, como o racismo institucional e estrutural, são os principais motores das iniquidades raciais em saúde^{5,36}. Portanto, compreender as iniquidades raciais em saúde exige um olhar atento para as condições históricas e contextuais que sustentam o racismo, incluindo os efeitos da segregação residencial, um fenômeno que, embora amplamente reconhecido internacionalmente, ainda é pouco explorado no contexto brasileiro³⁷.

A segregação residencial é um dos mecanismos mais evidentes do racismo estrutural e institucional, sendo um reflexo direto das iniquidades raciais enraizadas na sociedade³⁸. No Brasil, esse fenômeno não se expressa por meio de políticas explícitas de segregação, mas por um processo de exclusão dos grupos raciais marginalizados das áreas centrais e mais desenvolvidas das cidades, o que cria barreiras substanciais para o acesso a trabalho, educação e outros serviços essenciais^{39, 40}. Embora a segregação residencial seja um fator amplamente reconhecido na determinação de iniquidades em saúde³⁸, sua relação com a saúde bucal ainda carece de estudos aprofundados. No entanto, pesquisas sobre outras condições de saúde revelaram que a segregação residencial está associada ao aumento das taxas de hipertensão, diabetes mellitus e mortalidade por doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer^{17, 41, 42, 43}.

O Índice de Interação Racial (IIR) é uma das principais medidas de segregação residencial e reflete o grau de potencial convívio entre grupos raciais em um determinado território. Valores mais altos indicam maior diversidade e integração racial, enquanto valores baixos sugerem contextos de segregação. A aplicação desse indicador tem sido fundamental para compreender como o contexto racial e espacial molda as condições de vida e saúde das populações¹⁵. No presente estudo, os resultados em relação ao IIR revelaram uma associação que parece paradoxal: indivíduos residentes em municípios com alta interação racial apresentaram maior probabilidade de relatar autopercepção negativa da saúde bucal, mas menor probabilidade de relatar falta de acesso aos serviços odontológicos.

A associação entre o menor relato de falta de acesso em municípios com maior interação racial estão alinhados à literatura que aponta a segregação residencial como um determinante estrutural das iniquidades em saúde^{44, 45}. Áreas mais segregadas tendem a concentrar pobreza, limitar o acesso a recursos e serviços essenciais e apresentar maior escassez de infraestrutura e investimentos públicos. Já contextos com maior integração racial podem favorecer redes de apoio social mais amplas, maior presença de equipamentos públicos e políticas voltadas à

equidade, o que contribui para reduzir barreiras estruturais no acesso ao cuidado^{44, 46}. Dessa forma, a interação racial pode atuar como um fator potencialmente protetor, promovendo maior equidade no acesso à saúde, enquanto a segregação residencial perpetua um ciclo de desvantagens socioeconômicas que afetam desproporcionalmente as populações racializadas⁴⁴.

Por outro lado, a associação entre maior interação racial e pior autopercepção da saúde bucal exige uma análise mais aprofundada, levando em conta tanto o caráter subjetivo da autopercepção quanto os limites do IIR em captar a qualidade das interações raciais. A autopercepção da saúde bucal é uma medida subjetiva que envolve não apenas condições clínicas, mas também valores sociais, culturais e expectativas individuais sobre o que é considerado saúde bucal ideal^{47, 48}. A percepção sobre a saúde bucal pode ser mais negativa em contextos de maior diversidade racial, onde a convivência entre grupos distintos intensifica processos de comparação social, tornando os indivíduos mais críticos em relação à própria condição. Essa exposição pode elevar as expectativas individuais e ampliar a insatisfação com a própria condição bucal, sobretudo entre grupos historicamente marginalizados. Além disso, o IIR, por medir apenas a presença mútua de diferentes grupos em um mesmo território, não é capaz de captar se essa convivência se dá de forma equitativa. Uma maior diversidade racial não implica, necessariamente, em relações sociais justas ou simétricas. Em contextos de alta interação, pessoas negras podem estar mais expostas a microagressões, exclusão simbólica e manifestações de racismo institucional, que impactam negativamente o bem-estar. Essa tensão pode ser compreendida à luz do mito da democracia racial no Brasil, que sustenta a ideia de uma convivência harmoniosa entre raças, mas que, na prática, encobre as desigualdades estruturais e dificulta o reconhecimento das violências cotidianas vivenciadas por pessoas negras⁴⁹. Assim, municípios com altos níveis de interação racial podem refletir apenas uma coabitação territorial, sem que haja, de fato, equidade nas relações sociais, o que contribui para explicar a pior autopercepção da saúde bucal mesmo em cenários com menor relato de dificuldades de acesso.

Esses achados, embora à primeira vista pareçam contraditórios, revelam a complexidade do impacto do racismo na saúde bucal. Demonstrem que esse impacto se expressa não apenas por meio da limitação material no acesso aos serviços odontológicos, mas também por dimensões simbólicas e relacionais, como as experiências de exclusão e desigualdade vividas nos territórios. Assim, a interação racial, embora possa indicar maior integração territorial e favorecer o acesso a serviços, não garante equidade nas relações, especialmente quando essas interações ocorrem em um contexto histórico marcado pelo mito da democracia racial e pela negação das iniquidades. No que se refere à análise da segregação e da interação racial, fica

evidente a necessidade de abordagens metodológicas mais sensíveis, com o desenvolvimento de indicadores capazes de captar não apenas a distribuição espacial da população, mas também a qualidade das interações raciais nos contextos sociais.

Nesse sentido, torna-se fundamental não apenas analisar o racismo estrutural em níveis geográficos amplos, como o município, mas também investigar seus efeitos em escalas mais próximas do cotidiano, como o ambiente de vizinhança, onde as iniquidades podem se expressar de forma ainda mais evidente⁵⁰. O ambiente de vizinhança é um fator determinante na perpetuação dessas iniquidades, pois influencia diretamente as condições de vida, a exposição a riscos e o acesso a serviços essenciais, incluindo cuidados odontológicos^{47, 51}. As populações racializadas, muitas vezes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, tendem a residir em áreas com recursos limitados, como alimentação saudável, educação de qualidade, e oportunidades de emprego, além de enfrentarem maiores dificuldades no acesso a cuidados de saúde adequados⁵². Os resultados deste estudo corroboram essas evidências, mostrando que residir em áreas com melhores condições físicas e sociais constitui um fator de proteção para a autoavaliação negativa da saúde bucal e para o comprometimento da saúde bucal, bem como para falta de acesso a serviços odontológicos e avaliação negativa do atendimento recebido.

A literatura aponta que a residência em áreas desfavorecidas está frequentemente associada a um desequilíbrio entre fatores de proteção e de risco para a saúde. Essas regiões apresentam menor disponibilidade de serviços odontológicos, infraestrutura inadequada e uma carga desproporcional de fatores de risco para doenças bucais, criando um cenário de vulnerabilidade que compromete a qualidade de vida de seus moradores^{47,53}. A escassez de profissionais e unidades de atendimento, combinada a barreiras financeiras, institucionais e culturais, dificulta o acesso a cuidados preventivos e curativos de qualidade. Além disso, a ausência de políticas eficazes para a distribuição equitativa dos serviços de saúde agrava essas iniquidades, reforçando iniquidades raciais e socioeconômicas no acesso à assistência odontológica^{47,51}. O impacto dessas iniquidades estruturais é intensificado pela exposição a fatores de risco ambientais e comportamentais, como dietas ricas em açúcares, barreiras à educação em saúde e maior prevalência de hábitos nocivos, incluindo tabagismo e consumo excessivo de álcool—todos associados a um risco aumentado de doenças bucais⁵³.

Algumas limitações deste estudo devem ser reconhecidas. Primeiramente, como os desfechos foram autorreferidos, existe o risco de viés de resposta e de memória, o que pode afetar a precisão das informações fornecidas pelos participantes. Além disso, por se tratar de uma amostra não probabilística, os resultados podem não ser totalmente representativos da população universitária. Por fim, a natureza transversal do estudo também restringe a

possibilidade de estabelecer relações causais diretas de causa e efeito. Apesar das limitações, o estudo oferece importantes contribuições para a compreensão dos efeitos do racismo estrutural e interpessoal na saúde bucal e no acesso aos serviços odontológicos. Ao analisar diferentes vias de efeito do racismo nesses desfechos, o estudo amplia o entendimento das causas subjacentes das iniquidades raciais em saúde bucal.

Os achados deste estudo evidenciam que o racismo estrutural, combinado com a discriminação interpessoal, dificulta o acesso a cuidados odontológicos de qualidade para os grupos raciais marginalizados e contribui para a piora da condição de saúde bucal. Dessa forma, a busca pela equidade racial na saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos exige uma abordagem abrangente, que envolva a transformação das condições sociais e econômicas que sustentam essas iniquidades. Isso inclui a implementação de políticas públicas que combatam a segregação e a discriminação racial, promovam ambientes de vizinhança mais saudáveis e assegurem a disponibilidade e a qualidade dos serviços odontológicos para todas as populações, com atenção especial àquelas historicamente marginalizadas. Somente por meio de mudanças estruturais será possível reduzir as iniquidades raciais em saúde bucal e avançar em direção a uma sociedade mais justa e equitativa.

Referências

1. Constante H, Tsakos G, Watt R. Racial inequalities in dental service utilisation amongst middle-aged Brazilian adults. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(Suppl 1):A64–A65.
2. Herkrath FJ, Vettore MV, Werneck GL. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192771.
3. Nazer FW, Sabbah W. Do socioeconomic conditions explain ethnic inequalities in tooth loss among US adults? *Ethn Dis*. 2018;28(3):201-206.
4. Reis LAO, Miranda SS, Fonseca BR, Pereira M., Natividade MS, Aragão E, et al. Associação entre iniquidades raciais e condição de saúde bucal: revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2024;29(3):e04882023.
5. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett M. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet*. 2017;389(10077):1453-1463.

6. Bastos JL, Constante HM, Celeste RK, Haag DG, Jamieson LM. Advancing racial equity in oral health (research): more of the same is not enough. *Eur J Oral Sci.* 2020;128(6): 459-466.
7. Howe CJ, Bailey ZD, Raifman JR, Jackson JW. Recommendations for using causal diagrams to study racial health disparities. *Am J Epidemiol.* 2022;191(12):1981-1989.
8. Celeste RK, Goulart MA, Bastos JL, Borrell LN. Research on racial/ethnic inequities in oral health over the past 80 years: The role of racism. *J Clin Periodontol.* 2023;50(12):1582-1589.
9. Alston PSA, Fontenot FY, Moran RC. Stronger together. Diverse dentists weigh in on racism and its impact on oral health in our communities. *J Public Health Dent.* 2022;82(Suppl 1):12-15.
10. Lee HH, Dziak JJ, Avenetti DM, Berbaum ML, Edomwande Y, Kliebhan M, et al. Association between neighborhood disadvantage and children's oral health outcomes in urban families in the Chicago area. *Front. Public Health.* 2023;11:1203523.
11. Cozier YC, Heaton B, Robles Y, Bond JC, Garcia RI, Coogan P, et al. Perceived racism associated with declines in self-rated oral health among U.S. Black women. *Ann Epidemiol.* 2023;84:54–59.
12. Bastos JL, Celeste RK, Silva DAS, Priest N, Paradies YC. Assessing mediators between discrimination, health behaviours and physical health outcomes: a representative cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(11):1731-1742.
13. Höfelmann DA, Diez-Roux AV, Antunes JL, Peres MA. Perceived neighborhood problems: multilevel analysis to evaluate psychometric properties in a Southern adult Brazilian population. *BMC Public Health.* 2013;13(1085):1-10.
14. Bastos JL, Reichenheim ME, Paradies YC. Scaling up research on discrimination and health: The abridged Explicit Discrimination Scale. *J Health Psychol.* 2022;27(9):2041-2055.
15. Massey DS, Denton NA. The Dimensions of Residential Segregation. *Soc Forces.* 1988;67(2):281-315.
16. Nogueira MC, Costa ALS, Reis JLO, Pereira I. Associação entre segregação residencial racial e mortalidade por homicídio nos municípios de Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2022;27(9):3637-3646.
17. Nogueira MC, Costa ALS, Reis JLO, Pereira I. Segregação residencial racial e mortalidade por câncer do colo do útero nas regiões de saúde do brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2022;68(3):e162458.

18. Zanelatto C, Höfelmann DA, Giehl MWC, Nishida W, Bastos JL. Percepção das desordens de bairro e pressão arterial em adultos: um estudo multinível de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2019;35(2):e00016418.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
20. Schuch HS, Haag DG, Bastos JL, Paradies Y, Jamieson LM. Intersectionality, racial discrimination and oral health in Australia. *Commun Dent Oral Epidemiol*. 2021;49(1):87-94.
21. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Projeto Técnico; Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
22. Silva T. O colorismo e suas bases históricas discriminatórias. *Revista Direito Unifacs - Debate Virtual*. 2017;211:1-19.
23. Devulsky A. Colorismo (Feminismos Plurais). 1ª ed. São Paulo: Editora Jandaíra; 2021.
24. Celeste RK, Gonçalves LG, Faerstein E, Bastos JL. The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: the pro-Saude study. *Commun Dent Oral Epidemiol*. 2013;41(6):509-516.
25. Finlayson TL, Lemus H, Becerra K, Kaste LM, Beaver SM, Salazar CR, et al. Unfair Treatment and Periodontitis Among Adults in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL). *J Racial Ethn Health Disparities*. 2018;5(5):1093-1106.
26. McGlumphy KC, Damen M, Hasson RE. Psychosocial Stress and Perceived Oral Health in African American Youth. *Pediatr Dent*. 2019;41(5):358-363.
27. Raskin SE, Thakkar-Samtani M, Santoro M, Fleming EB, Heaton LJ, Tranby EP. Discrimination and dignity experiences in prior oral care visits predict racialized oral health inequities among nationally representative US adults. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2024;11(6):3722-3735.
28. Muralikrishnan M, Sabbah W. Is racial discrimination associated with number of missing teeth among american adults? *J Racial Ethn Health Disparities*. 2021;8(5):1293-1299.
29. Singhal A, Jackson JW. Perceived racial discrimination partially mediates racial-ethnic disparities in dental utilization and oral health. *J Public Health Dent*. 2022;82(Suppl 1):63-72.

30. Purnell JQ, Peppone LJ, Alcaraz K, McQueen A, Guido JJ, Carroll JK, et al. Perceived discrimination, psychological distress, and current smoking status: results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System Reactions to Race module, 2004-2008. *Am J Public Health*. 2012;102(5):844–851.
31. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(9):e0138511.
32. Sabbah W, Gireesh A, Chari M, Delgado-Angulo E, Bernabe E. Racial discrimination and uptake of dental services among American adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9):1-8.
33. Ben J, Cormack D, Harris R, Paradies Y. Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2017;12(12):e0189900.
34. Candido LC, Finkler M, Bastos JL, Freitas SFTD. Conflitos com o paciente, cor/raça e concepções de estudantes de Odontologia: uma análise com graduandos no Sul do Brasil. *Physis*. 2019;29(4):e290410.
35. Almeida S. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen; 2019.
36. Phelan JC, Link BG. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annu Rev Socio*. 2015;41:311-330.
37. Landrine H, Corral I, Lee JGL, Eford JT, Hall MB, Bess JJ. Residential segregation and racial cancer disparities: a systematic review. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2017;4(6):11951205.
38. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and health: evidence and needed research. *Annu Rev Public Health*. 2019;1(40):105-125.
39. Sathler D, Leiva G. A cidade importa: urbanização, análise regional e segregação urbana em tempos de pandemia de Covid-19. *Rev Bras Estud Popul*. 2022;39:1-32.
40. Souza Filho JF, Pedreira SC, Santos GF, Guimarães JMN, Ferreira AJ, Alves, FJ, et al. Racial and economic segregation in Brazil: a nationwide analysis of socioeconomic and socio-spatial inequalities. *Rev Bras Estud Popul*. 2023;40(e0247):1-24.
41. Barber S, Diez-Roux AV, Cardoso L, Santos S, Toste V, James S, et al. At the intersection of place, race, and health in Brazil: Residential segregation and cardio-metabolic risk factors in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Soc Sci Med*. 2018;199:67-76.

42. Greer S, Kramer MR, Cook-Smith JN, Casper ML. Metropolitan racial residential segregation and cardiovascular mortality: exploring pathways. *J Urban Health*. 2014;91(3):499-509.
43. Harris JA, Hunter WP, Ji YD, Hanna GJ. Effects of racial residential segregation on oral squamous cell carcinoma prognosis and survival. *Oral Oncol*. 2021;119:105364.
44. Williams DR, Collins C. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Rep*. 2001;116(5):404-416.
45. Schulz AJ, Williams DR, Israel BA, Lempert LB. Racial and spatial relations as fundamental determinants of health in Detroit. *Milbank Q*. 2002;80(4):677-707.
46. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: Coming of age. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:381-398.
47. Deep A, Singh M, Sharma R, Singh M, Mattoo KA. Perceived oral health status and treatment needs of dental students. *Natl J Maxillofac Surg*. 2020;11(1):76-80.
48. Martins MEO, Toniollo MB, Fernandes ALA, Moreira B, Machado LCS, Silva RCD. Autopercepção da saúde bucal entre universitários. *Contrib Cienc Soc*. 2025;18(2):e15794.
49. Munanga K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: Brandão AAP (Org). Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira. Niterói: Ed. UFF, 2000.
50. Dyer Z, Alcusky MJ, Galea S, Ash A. Measuring the enduring imprint of structural racism on american neighborhoods. *Health Aff*. 2023;42(10):1374-1382.
51. Boclin KLS, Faerstein E, Leon ACMP. Neighborhood contextual characteristics and leisure-time physical activity: Pró-Saúde Study. *Rev Saude Publica*. 2014;48(2):249-257.
52. Riley AR. Neighborhood disadvantage, residential segregation, and beyond—lessons for studying structural racism and health. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2018;5(2):357–365.
53. Lunteren AWM, Groeniger JO, Wolvius EB, Kragt L. Neighbourhood characteristics and children's oral health: a multilevel population-based cohort study. *Eur J Public Health*. 2021;31(4):742-748.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese investigou iniquidades raciais em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos, com foco no papel do racismo como determinante dessas iniquidades. Por meio de três estudos complementares buscou-se compreender como o racismo, através de diferentes vias, impacta os desfechos analisados.

A partir do estudo de revisão sistemática evidenciou-se que o racismo, tanto em sua forma interpessoal quanto estrutural, impacta negativamente a saúde bucal da população negra, se associando à pior autopercepção de saúde bucal, maior prevalência de perda dentária e de edentulismo. Além disso, foi possível perceber a escassez de pesquisas que abordam diretamente a relação entre racismo e saúde bucal, bem como a necessidade urgente de incorporar o racismo como categoria analítica central nas investigações sobre iniquidades raciais, superando abordagens meramente descritivas baseadas na variável raça/cor.

A análise com dados representativos da população brasileira reforçou esses achados, ao demonstrar que os indivíduos pretos e pardos apresentam piores indicadores de saúde bucal — incluindo pior autopercepção e maior perda dentária, além de enfrentarem maiores barreiras no uso de serviços odontológicos. Ressalta-se que essas iniquidades permaneceram significativas mesmo após o ajuste por fatores socioeconômicos, o que reforça que elas não são explicadas apenas através da via socioeconômica, mas resultam de processos estruturais mais profundos.

Essa compreensão foi ampliada através da investigação com estudantes universitários, que evidenciou que o racismo opera por múltiplas vias interligadas. Observou-se que a experiência de discriminação racial interpessoal está associada a menor utilização de serviços odontológicos, enquanto a segregação residencial e as desvantagens do ambiente de vizinhança, manifestações do racismo estrutural, contribuem para piores condições de saúde bucal e dificultam o acesso ao cuidado odontológico.

A articulação entre esses resultados revela que o racismo, em suas dimensões interpessoal e estrutural, constitui o determinante central das iniquidades raciais em saúde bucal. Portanto, longe de ser um fator secundário, o racismo atua enquanto a lógica estruturante das iniquidades raciais em saúde, moldando o acesso aos recursos, a qualidade do cuidado e a distribuição das doenças.

Com base nos achados desta pesquisa, são feitas recomendações que visam o enfrentamento das iniquidades raciais em saúde bucal.

No campo da produção científica, os resultados desta tese reforçam a urgência de reconhecer o racismo como determinante da saúde bucal e de incorporá-lo como categoria central de análise nas investigações comprometidas com a justiça social e com a superação das iniquidades raciais.

No âmbito das políticas públicas e da gestão em saúde, os achados apontam para a necessidade de ações de enfrentamento ao racismo em diferentes dimensões da organização em saúde bucal, desde diretrizes políticas, o planejamento e a vigilância em saúde, até processos de qualificação profissional e ampliação da participação social. Nesse sentido são feitas as seguintes recomendações:

I) Incluir explicitamente o combate ao racismo nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com ações voltadas à população negra.

II) Realizar o mapeamento e a priorização de territórios racialmente vulnerabilizados nos planejamentos de saúde bucal, com base em indicadores como raça/cor, condições habitacionais e acesso a serviços odontológicos.

III) Incorporar indicadores de equidade racial nas avaliações de desempenho das equipes de saúde bucal, estimulando a identificação e o enfrentamento de barreiras no acesso de usuários pertencentes aos grupos racialmente oprimidos, como pretos e pardos.

IV) Implementar ações de educação permanente de profissionais e gestores em uma perspectiva antirracista e de letramento racial, com foco na adoção de práticas clínicas e organizacionais voltadas à superação de vieses raciais e à ampliação da competência cultural no atendimento odontológico.

V) Promover o fortalecimento da participação social nos espaços de controle e planejamento da saúde bucal, incentivando a atuação ativa de conselhos locais de saúde, especialmente em territórios vulnerabilizados, com representação de minorias raciais, visando a construção de ações que considerem as experiências de racismo, as barreiras territoriais e as necessidades reais da população.

Espera-se que esta tese contribua para o fortalecimento de uma agenda científica antirracista e para a construção de respostas que enfrentem as iniquidades raciais de forma concreta.

7.1 PERSPECTIVAS FUTURAS

Embora os resultados do presente estudo representem um avanço significativo, alguns aspectos ainda carecem de investigação para uma compreensão mais ampla dos múltiplos mecanismos pelos quais o racismo opera na produção das iniquidades em saúde bucal.

Um aspecto importante para investigações futuras é a ampliação do escopo das pesquisas sobre o impacto do racismo estrutural e institucional na saúde bucal, incluindo a mensuração de outras dimensões em que o racismo se manifesta, como a política, economia, educação, trabalho, justiça criminal, entre outras.

Outro ponto relevante é o estudo do papel do racismo internalizado em desfechos relacionados à saúde bucal. Essa forma de racismo pode influenciar padrões de autocuidado, percepção de saúde e a busca por serviços, merecendo atenção dos pesquisadores, especialmente no contexto brasileiro, no qual a população negra ainda sofre as consequências históricas da política do branqueamento.

Além disso, estudos sobre a temática devem incluir em sua metodologia o uso de modelos multiníveis para examinar a interação entre fatores individuais e contextuais do racismo na determinação das iniquidades raciais em saúde bucal. Esses modelos permitem uma compreensão mais abrangente de como diferentes níveis de racismo afetam a saúde bucal.

Por fim, considerando que os sistemas de opressão não agem de maneira isolada, a adoção da abordagem interseccional é essencial para elucidar como o racismo interage com outras formas de opressão, contribuindo para perpetuação de iniquidades em saúde bucal.

A continuidade da produção científica comprometida com o antirracismo, não somente na saúde bucal, mas nos diversos campos do conhecimento, é fundamental para que, a partir de uma base sólida de conhecimento, possam ser implementadas políticas públicas mais eficazes, capazes de transformar o cenário atual e promover equidade e justiça social.

REFERÊNCIAS

- ABANTO, J.; PANICO, C.; BÖNECKER, M.; FRAZÃO, P. Impact of demographic and clinical variables on the oral health-related quality of life among five-year-old children: a population-based study using self-reports. **Int. J. Paediatr. Dent.**, v. 28, p. 43-51, 2018.
- ABDELRAHIM, R.; DELGADO-ANGULO, E. K.; GALLAGHER, J. E.; BERNABÉ, E. Ethnic disparities in oral health related quality of life among adults in London, England. **Community Dent. Health**, v. 34, p. 122-127, 2017.
- ADKINS-JACKSON, P. B.; CHANTARAT, T.; BAILEY, Z. D.; PONCE, N. A. Measuring structural racism: a guide for epidemiologists and other health researchers. **Am. J. Epidemiol.**, v. 191, n. 4, p. 539-547, 2022.
- ALI, A.; RUMBOLD, A. R.; KAPELLAS, K.; LASSI, Z. S.; HEDGES, J.; JAMIESON, L. The impact of interpersonal racism on oral health related quality of life among Indigenous South Australians: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 21, n. 46, p. 1-11, 2021.
- ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. 264p.
- ALSTON, P. S. A.; FONTENOT, F. Y.; CHAVIANO MORAN, R. Stronger together. Diverse dentists weigh in on racism and its impact on oral health in our communities. **J. Public Health Dent.**, v. 82, suppl. 1, p. 12-15, 2022.
- AMRHEIN, V.; GREENLAND, S.; McSHANE, B. Scientists rise up against statistical significance. **Nature**, v. 567, n. 7748, p. 305-307, 2019.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc. Behav.**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- ANDRADE, F. R. de; NARVAI, P. C. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. **Rev. Saude Publica**, v. 47, suppl. 3, p. 154-160, 2013.
- ANDRADE, F. B.; TEIXEIRA, D.; FRAZÃO, P.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; ANTUNES, J. L. F. Oral health profile among community-dwelling elderly and its association with self-rated oral health. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 21, suppl. 2, e180012, 2019.
- ANDRIOLA, W. B.; ARAÚJO, A. C. Impactos da Lei de Cotas em uma instituição Federal de Ensino Superior (IFES): estudo sobre a evasão discente. **Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 28, e023020, p. 1-31, 2023.
- A VOZ DA RAÇA. **Secção de Anúncios**, 1933. Disponível em: http://memoria.bn.br/pdf/845027/per845027_1933_00004.pdf. Acesso em 10 jul. 2022.

BAILEY, Z. D.; KRIEGER, N.; AGÉNOR, M.; GRAVES, J.; LINOS, N.; BASSETT, M. T. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. **Lancet**, v. 389, n. 10077, p.1453-1463, 2017.

BAQUI, P.; BICA, I.; MARRA, V.; ERCOLE, A.; VAN DER SCHAAR, M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. **Lancet Glob. Health**, v.8, n. 8, p. e1018-e1026, 2020.

BARBER, S.; DIEZ-ROUX, A. V.; CARDOSO, L.; SANTOS, S.; TOSTE, V.; JAMES, S.; BARRETO, S.; SCHMIDT, M.; GIATTI, L.; CHOR, D. At the intersection of place, race, and health in Brazil: residential segregation and cardio-metabolic risk factors in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Soc. Sci. Med.**, v. 199, p. 67-76, 2018.

BASTOS, J. L.; CELESTE, R. K.; FAERSTEIN, E.; BARROS, A. J. D. Racial discrimination and health: a systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. **Soc. Sci. Med.**, v. 70, n. 7, p. 1091-1099, 2010.

BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. **Discriminação e saúde: perspectivas e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 92p.

BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E.; CELESTE, R. K.; BARROS, A. J. D. Explicit discrimination and health: development and psychometric properties of an assessment instrument. **Rev. Saude Publica**, v. 46, n. 2, p. 269-278, 2012.

BASTOS, J. L.; CELESTE, R. K.; SILVA, D. A. S.; PRIEST, N.; PARADIES, Y. C. Assessing mediators between discrimination, health behaviours and physical health outcomes: a representative cross-sectional study. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 50, n. 11, p. 1731-1742, 2015.

BASTOS, J. L.; HARNOIS, C. E.; BERNARDO, C. O.; PERES, M. A.; PARADIES, Y. C. When does differential treatment become perceived discrimination? An intersectional analysis in a southern Brazilian population. **Sociol. Race Ethnic.**, v. 3, n. 3, p. 301-318, 2017.

BASTOS, J. L.; CELESTE, R. K.; PARADIES, Y. C. Racial Inequalities in oral health. **J. Dent. Res.**, v. 97, n. 8, p. 878-886, 2018.

BASTOS, J. L.; REICHENHEIM, M. E.; CELESTE, R. K.; FAERSTEIN, E.; BARROS, A. J. D.; PARADIES, Y. C. Perceived discrimination south of the equator: Reassessing the Brazilian Explicit Discrimination Scale. **Cultur. Divers. Ethnic Minor. Psychol.**, n. 25, v. 3, p. 413-423, 2019.

BASTOS, J. L.; CONSTANTE, H.M.; CELESTE, R. K.; HAAG, D. G.; JAMIESON, L. M. Advancing racial equity in oral health (research): more of the same is not enough. **Eur. J. Oral Sci.**, v. 128, p. 459-466, 2020.

BASTOS, J.L.; CONSTANTE, H.M.; JAMIESON, L. M. The ethical urgency of tackling racial inequities in health. **EClinicalMedicine**, v. 34, e10081, 2021.

BASTOS, J. L.; REICHENHEIM, M. E.; PARADIES, Y. C. Scaling up research on discrimination and health: The abridged Explicit Discrimination Scale. **J. Health Psychol.**, v. 27, n. 9, p. 2041-2055, 2022.

BASTOS, J. L.; CONSTANTE, H. M.; SCHUCH, H. S.; HAAG, D. G.; JAMIESON, L. M. How do state-level racism, sexism, and income inequality shape edentulism-related racial inequities in contemporary United States? A structural intersectionality approach to population oral health. **J. Public Health Dent.**, v. 82, suppl. 1, p. 16-27, 2022.

BASTOS, J. L.; CONSTANTE, H. M.; SCHUCH, H. S.; HAAG, D. G.; JAMIESON, L. M. The mouth as a site of compound injustices: a structural intersectionality approach to the oral health of working-age US adults. **Am. J. Epidemiol.**, v. 192, n. 4, p. 560-572, 2023.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cad. Saude Publica**, v. 33, sup 1, e00090516, 2017.

BAUMGARTEN, A.; BASTOS, J. L.; TOASSI, R. F. C.; HILGERT, J. B, HUGO FN, CELESTE RK. Discrimination, gender and self-reported aesthetic problems among Brazilian Adults. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 46, n. 1, p. 24-29, 2018.

BEN, J.; PARADIES, Y.; PRIEST, N.; PARKER, E. J.; ROBERTS-THOMSON, K. F.; LAWRENCE, H. P.; BROUGHTON, J.; JAMIESON, L. M. Racism and toothache among pregnant Aboriginal Australians. **J. Public Health Dent.**, v. 74, p. 301-309, 2014.

BEN, J., CORMACK, D., HARRIS, R., & PARADIES, Y. Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. **PloS One**, v. 12, n. 12, e0189900, 2017.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras; 2022. 152p.

BERNARDO, C. D. O.; BASTOS, J. L.; GONZÁLEZ-CHICA, D. A.; PERES, M. A.; PARADIES, Y. C. Interpersonal discrimination and markers of adiposity in longitudinal studies: a systematic review. **Obes. Rev.**, v. 18, p. 1040-1049, 2017.

BOCLIN, K. L. S.; FAERSTEIN, E.; LEON, A. C. M. P. Neighborhood contextual characteristics and leisure-time physical activity: Pró-Saúde Study. **Rev. Saude Publica**, v. 48, n. 2, p. 249-257, 2014.

BOMFIM, R. A.; CONSTANTE, H. M.; CASCAES, A. M. Explaining income inequities in tooth loss among Brazilian adults. **J. Public Health Dent.**, v. 83, n. 1, p. 101-107, 2023.

BONILLA-SILVA, E. What Makes Systemic Racism Systemic? **Sociol. Inq.**, v. 91, n. 3, p. 513-533, 2021.

BORRELL, L. N.; WILLIAMS, D. R. Racism and oral health equity in the United States: Identifying its effects and providing future directions. **J. Public Health Dent.**, v. 82, suppl. 1, p. 8-11, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2009.

BRASIL. **Lei nº 12.288 de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Diário Oficial da União, 21 jul. 2010.

BRASIL. **Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012**. Dispõe sobre a reserva de vagas para estudantes egressos de escolas públicas, negros, pardos, indígenas e pessoas com deficiência, no ensino superior e na educação profissional técnica de nível médio, nas instituições federais de ensino e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 29 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Projeto Técnico**. 2019. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/projetosbbrasil2020CONSULTAPUBLICA.pdf> Acesso em: 10 jul. 2022.

BRAVEMAN, P.; EGERTER, S.; WILLIAMS, D. R. The social determinants of health: Coming of age. **Annu. Rev. Public Health**, v. 32, p. 381-398, 2011.

BRAVEMAN, P. A.; ARKIN, E.; PROCTOR, D.; KAUH, T.; HOLM, N. Systemic and structural racism: definitions, examples, health damages, and approaches to dismantling. **Health Aff (Millwood)**, v. 41, n. 2, p. 171-178, 2022.

BRUNO, I. F.; ROSA, J. A. A.; MELO, C. M.; OLIVEIRA, C. C. C. Avaliação da doença periodontal em adultos na população quilombola. **Interfaces Cient. Saude Ambiente**, v. 1, n. 2, p. 33-39, 2013.

BURGARD, S.; CASTIGLIONE, D. P.; LIN, K. Y.; NOBRE, A. A.; AQUINO, E. M. L.; PEREIRA, A. C.; BENSON, I. J. M.; BARRETO, S. M.; CHOR, D. Differential reporting of discriminatory experiences in Brazil and the United States. **Cad. Saude Publica**, v. 33, suppl. 1, e00110516, 2017.

CABRAL, E. D.; CALDAS JR, A. F.; CABRAL, H. A. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 33, n. 6, p. 461-466, 2005.

CAMELO, L. V.; COELHO, C. G.; CHOR, D.; GRIEP, R. H.; ALMEIDA, M. C. C.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde

ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). **Cad. Saude Publica**, v. 38, n. 1, e00341920, 2022.

CANDIDO, L. C.; FINKLER, M.; BASTOS, J. L.; FREITAS, S. F. T. Conflitos com o paciente, cor/raça e concepções de estudantes de Odontologia: uma análise com graduandos no Sul do Brasil. **Physis**, v. 29, n. 4, e290410, 2019.

CELESTE, R. K.; GONCALVES, L.G.; FAERSTEIN, E.; BASTOS, J.L. The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: the Pro-Saude study. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 41, n. 6, p. 509-516, 2013.

CELESTE, R. K.; GOULART, M. A.; BASTOS, J. L.; BORRELL, L. N. Research on racial/ethnic inequities in oral health over the past 80 years: The role of racism. **J. Clin. Periodontol.**, v. 50, n. 12, p. 1582-1589, 2023.

CÉLIO, F. A. **Fatores contextuais associados à autopercepção da extensão territorial da vizinhança**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte 2019.

COBO, B. C.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Cien. Saude Colet.**, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021.

COELHO, W. B. **A cor ausente** 2. ed. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2009. 280p.

CONSTANTE, H.; TSAKOS, G.; WATT, R. Racial inequalities in dental service utilisation amongst middle-aged Brazilian adults. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 71, p. A64-A65, 2017.

CONSTANTE, H. M. Racial inequalities in public dental service utilization: exploring individual and contextual determinants among middle-aged Brazilian adults. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 48, n. 4, p. 302-308, 2020.

CONSTANTE, H. M.; MARINHO, G. L.; BASTOS, J. L. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. **Cien. Saude Colet.**, v. 26, n. 9, p. 3981-3990, 2021.

CORASSA, R. B.; SILVA, C. J. de P.; PAULA, J. S. de; AQUINO, É. C. de; SARDINHA, L. M. V.; ALVES, P. A. B. Condições de saúde bucal autorrelatadas entre adultos brasileiros: resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 31, spe1, e2021383, 2022.

COZIER, Y. C.; HEATON, B.; ROBLES, Y.; BOND, J.; GARCIA, R.; COOGAN, P.; ROSENBERG, L. Perceived racism associated with declines in self-rated oral health among U.S. black women. **Ann. Epidemiol.**, 2023.

DA CRUZ, S. S. Mito da democracia racial e estado brasileiro: a materialidade da fantasia. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 16, n. 1, p. 1-19, 2018.

DAVID, E. J. R, SCHROEDER, T.M.; FERNANDEZ, J. Internalized racism: a systematic review of the psychological literature on racism's most insidious consequence. *J Soc Issues*, v. 75, n. 4, p. 1057-1086, 2019.

DEEP, A.; SINGH, M.; SHARMA, R.; SINGH, M.; MATTOO, K. A. Perceived oral health status and treatment needs of dental students. *Natl. J. Maxillofac. Surg.*, v. 11, n. 1, p. 76-80, 2020.

DEVULSKY, A. **Colorismo (Feminismos Plurais)**. 1. ed. São Paulo: Editora Jandaíra, 2021. 175p.

DIANGELO, R. **Não basta não ser racista: sejamos antirracistas**. Trad. Marcos Marciolino. São Paulo: Faro Editorial, 2018. 240p.

DIAS, C. A. O.; ANDRADE, C. B. Branquitude e o cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 27, e220370, 2023.

DIEZ-ROUX, A. V.; MAIR, C. Neighborhoods and health. **Ann. N. Y. Acad. Sci.**, v. 1186, p. 125-145, 2010.

DOLEZSAR, C. M.; MCGRATH, J. J.; HERZIG, A. J. M.; MILLER, S. B. Perceived racial discrimination and hypertension: a comprehensive systematic review. **Health Psychol.**, v. 33, p. 20-34, 2014.

DOVIDIO, J. F.; HEWSTONE, M.; GLICK, P.; ESSES, V. M. The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination. **SAGE Publications Ltd**, 2010.

DYER, Z.; ALCUSKY, M. J.; GALEA, S.; ASH, A. Measuring the enduring imprint of structural racism on American neighborhoods. **Health Aff.**, v. 42, n. 10, p. 1374-1382, 2023.

ELANI, H. W.; BATISTA, A. F. M.; THOMSON, W. M.; KAWACHI, I.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Predictors of tooth loss: A machine learning approach. **PLoS One**, v. 16, n. 6, e0252873, 2021.

FATTORE, G. L.; TELES, C. A.; SANTOS, D. N.; SANTOS, L. M.; REICHENHEIM, M. E.; BARRETO, M. L. Validade de constructo da escala Experiences of Discrimination em uma população brasileira. **Cad. Saude Publica**, v. 32, n. 4, e00102415, 2016.

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Cien. Saude Colet.**, v. 22, n. 12, p. 3831-3840, 2017.

FERREIRA, R. C.; SENNA, M. I. B.; RODRIGUES, L. G.; CAMPOS, F. L.; MARTINS, A.; KAWACHI, I. Education and income-based inequality in tooth loss among Brazilian adults: does the place you live make a difference? **BMC Oral Health**, v. 20, n. 246, 2020.

FINLAYSON, T. L.; LEMUS, H.; BECERRA, K.; KASTE, L. M.; BEAVER, S. M.; SALAZAR, C. R.; SINGER, R. H.; YOUNGBLOOD, M. E. Unfair treatment and

periodontitis among adults in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL). **J. Racial Ethn. Health Disparities**, v. 5, n. 5, p. 1093-1106, 2018.

FLANAGIN, A.; FREY, T.; CHRISTIANSEN, S. L.; BAUCHNER, H. The reporting of race and ethnicity in medical and science journals: comments invited. **JAMA**, v. 325, n. 11, p. 1049-1052, 2021.

FLEMING, E.; RASKIN, S. E.; BRODY, E. From describing disparities to understanding why disparities exist: Anti-racist methods to support dental public health research. **J. Public Health Dent.**, v. 82, suppl 1, p. 73-78, 2022.

FRANKENBERG, R. A miragem de uma branquidade não-marcada. In: WARE, V. (org.) **Branquidade: identidade branca e multiculturalismo**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

FREDRICH, V. C. R.; COELHO, I. C. M.; SANCHES, L. C. Desvelando o racismo na escola médica: experiência e enfrentamento do racismo pelos estudantes negros na graduação em Medicina. **Trab. Educ. Saúde**, v. 20, e00421184, 2022.

GAERTNER, S. L.; DOVIDIO, J. F. The aversive form of racism. In: DOVIDIO, J. F.; GAERTNER, S. L. **Prejudice, discrimination, and racism**. Orlando, Florida: Academic, 1986. p. 61-89.

GALVÃO, M. H. R.; MEDEIROS, A. A.; RONCALLI, A. G. Contextual and individual factors associated with public dental services utilisation in Brazil: a multilevel analysis. **PLoS One**, v. 16, n. 7, p. e0254310, 2021.

GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. **BMC Public Health**, v. 21, n. 541, p. 1-8, 2021.

GALVÃO, M. H. R.; SOUZA, A. C. O. de; MORAIS, H. G. de F.; RONCALLI, A. G. Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil. **Cien. Saude Colet.**, v. 27, n. 6, p. 2437-2448, 2022.

GEE, G. C.; RO, A.; SHARIFF-MARCO, S.; CHAE, D. Racial discrimination and health among Asian Americans: evidence, assessment, and directions for future research. **Epidemiol. Rev.**, v. 31, p. 130-151, 2009.

GOES, E. F.; RAMOS, D. E. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trab. Educ. Saúde**, v. 18, n. 3, e00278110, 2020.

GOLDBERG, D. T. Modernity, race and morality. In: ESSED, P.; GOLDBERG, D. T. (Org.). **Race critical theories, text and context**. Malden e Oxford: Blackwell Publishers, 2002.

GOMES, I. C.; DAMASCENO, R. O.; NERY, A. A.; MARTINS FILHO, I. E. M.; VILELA, A. B. A. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, e21500, 2017.

GOMES, N. L.; SILVA, P. V. B.; BRITO, J. E. Ações afirmativas de promoção da igualdade racial na educação: lutas, conquistas e desafios. **Educ. Soc.**, v. 42, e258226, 2021.

GREER, S.; KRAMER, M. R.; COOK-SMITH, J. N.; CASPER, M. L. Metropolitan racial residential segregation and cardiovascular mortality: exploring pathways. **J. Urban Health**, v. 91, n. 3, p. 499-509, 2014.

GROSS, M.; WALLACE, M.; HARDEMAN, R.; THEALL, K. P. Measuring inequity: a systematic review of methods used to quantify structural racism. **J. Health Dispar. Res. Pract.**, v. 11, n. 2, art. 13, 2018.

GUIMARÃES, A. S. A. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999. 238p.

GUIMARÃES, A. S. A. **Classes, raças e democracia**. São Paulo: Editora 34, 2002. 231p.

GUIOTOKU, S. K.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H.; BISINELLI, J. C. Racial inequity in oral health in Brazil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 135-141, 2012.

HAMILTON, C. V.; KWAME, T. **Black Power: Politics of Liberation in America**. Nova York: Random House, 1967. 198p.

HARDEMAN, R.R; HOMAN, P. A.; CHANTARAT, T.; DAVIS, B. A.; BROWN, T. H. Improving the measurement of structural racism to achieve antiracist health policy. **Health Aff (Millwood)**, v. 41, n. 2, p. 179-86, 2022.

HARRIS, J. A.; HUNTER, W. P.; JI, Y. D.; HANNA, G. J. Effects of racial residential segregation on oral squamous cell carcinoma prognosis and survival. **Oral Oncol.**, v. 119, 105364, 2021.

HENSHAW, M. M.; GARCIA, R. I.; WEINTRAUB, J.A. Oral Health Disparities Across the Life Span. **Dent .Clin. North Am.**, v. 62, n. 2, p. 177-193, 2018.

HERKRATH, F. J.; VETTORE, M. V.; WERNECK, G. L. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. **PLoS ONE**, v. 13, e0192771, 2018.

HERKRATH, F. J.; VETTORE, M. V.; WERNECK, G. L. Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model. **BMC Public Health**, v. 20, p. 953, 2020.

HERZOG, R.; ALVAREZ-PASQUIN, M.J.; DIAZ, C.; BARRIO, J. L. D.; ESTRADA, J. M.; GIL, A. Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? A systematic review. **BMC Public Health**, v.13, p. 154-154, 2013.

HICKEN, M. T.; KRAVITZ-WIRTZ, N.; DURKEE, M.; JACKSON, J. S. Racial inequalities in health: Framing future research. **Soc. Sci. Med.**, v. 199, p. 11-18, 2018.

HÖFELMANN, D. A.; DIEZ-ROUX, A. V.; ANTUNES, J. L.; PERES, M. A. Perceived neighborhood problems: multilevel analysis to evaluate psychometric properties in a Southern adult Brazilian population. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1085, p. 1-10, 2013.

HOMAN, P.; BROWN, T. H.; KING, B. Structural intersectionality as a new direction for health disparities research. **J. Health Soc. Behav.**, v. 62, n. 3, p. 350-370, 2021.

HONORATO, G.; ZUCCARELLI, C.; CARVALHAES, F.; KLITZKE, M.; COELHO, R. Trajetória das desigualdades raciais na educação superior e o acesso às universidades federais sob a Lei de Cotas. In: HERINGER, R.; CARREIRA, D. (orgs.). **10 anos da Lei de Cotas: conquistas e perspectivas**. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação UFRJ: Ação educativa, 2022. 628p.

HOWE, C.J.; BAILEY, Z.D.; RAIFMAN, J. R.; JACKSON, J. W. Recommendations for using causal diagrams to study racial health disparities. **Am. J. Epidemiol.**, v. 191, n. 12, p. 1981-1989, 2022.

HUNTER, M. The persistent problem of colorism: skin tone, status, and inequality. **Soc. Compass**, v. 1, n. 1, p. 237–254, 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Municípios Brasileiros 2018**. Rio de Janeiro, 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO IBIRAPITANGA. **Branquitude: racismo e antirracismo**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Instituto Ibirapitanga, 2021. 177p.

JAMIESON, L.M.; STEFFENS, M.; PARADIES, Y.C. Associations between discrimination and dental visiting behaviours in an Aboriginal Australian birth cohort. **Aust. NZ J. Public Health**, v. 37, n. 1, p. 92-93, 2013.

JAMIESON, L.; HAAG, D.; SCHUCH, H.; KAPELLAS, K.; ARANTES, R.; THOMSON, W. M. Indigenous oral health inequalities at an international level: a commentary. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 11, 3958, 2020.

JAMIESON, L.; PERES, M.A.; GUARNIZO-HERRENO, C. C.; BASTOS J.L. Racism and oral health inequities; An overview. **EClinicalMedicine**, v. 34, 100827, 2021.

JAMIESON, L.; JU, X.; HAAG, D.; RIBEIRO, P.; SOARES, G.; HEDGES, J. An intersectionality approach to indigenous oral health inequities; the super-additive impacts of racism and negative life events. **PLoS One**, v. 18, n. 1, e0279614, 2023.

JESUS, V. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. **Saude Soc.**, v. 29, n. 2, e180519, 2020.

JONES, C. P. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. **Am. J. Public Health**, v. 90, n. 8, p. 1212-1215, 2000.

JONES, C. P. Confronting Institutionalized Racism. **Phylon**, v. 50, n. 1/2, p. 7-22, 2002.

JÚNIOR, J. F.; DAFLON, V. T. Políticas da igualdade racial no Ensino Superior. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, n. 5, p. 31-44, 2014.

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis**, v. 22, n. 3, p. 895-918, 2012.

KARAM, S. A.; SCHUCH, H. S.; DEMARCO, F. F.; BARROS, F. C.; HORTA, B. L.; CORREA, M. B. Social and racial inequity in self-rated oral health in adults in Southern Brazil. **Cad. Saude Publica**, v. 38, n. 3, e00136921, 2022.

KINDER, D. R.; SEARS, D. O. Prejudice and politics: symbolic racism versus racial threats to the good life. **J. Pers. Soc. Psychol.**, v. 40, p. 414-431, 1981.

KRIEGER, N. Discrimination and health. In: BERKMAN, L.; KAWACHI, I. **Social Epidemiology**. Oxford: Oxford University Press, 2000.

KRIEGER, N.; SMITH, K.; NAISHADHAM, D.; HARTMAN, C.; BARBEAU, E. M. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. **Soc Sci Med**, v. 61, p. 1576-1596, 2005.

KRIEGER, N. measures of racism, sexism, heterosexism, and gender binarism for health equity research: from structural injustice to embodied harm—an ecosocial analysis. **Annu. Rev. Public Health**, v. 41, p. 37-62, 2020.

LAFAVE, S. E.; SUEN, J. J.; SEAU, Q.; BERGMAN, A.; FISHER, M. C.; THORPE JÚNIOR, R. J.; SZANTON, S. L. Racism and older Black Americans' health: a systematic review. **J. Urban Health**, v. 99, n. 1, p. 28-54, 2022.

LAMENHA-LINS, R. M.; SOUZA, G. L. N.; FEIRREIRA, F. M.; PAIVA, S. M.; BASTOS, J. L.; SERRA-NEGRA, J. M. **Racismo estrutural e saúde bucal**. Belo Horizonte: FAO UFMG, 2022. *E-book*.

LANDRINE, H.; KLONOFF, E. A. The schedule of racist events: a measure of racial discrimination and a study of its negative physical and mental health consequences. **J. Black Psychol.**, v. 22, n. 2, p. 144-168, 1996.

LANDRINE, H.; CORRAL, I.; LEE, J. G. L.; EFIRD, J. T.; HALL, M. B.; BESS, J. J. Residential segregation and racial cancer disparities: a systematic review. **J. Racial Ethn. Health Disparities**, v. 4, n. 6, p. 1195-1205, 2017.

LAWRENCE, H. P.; CIDRO, J.; ISAAC-MANN, S.; PERESSINI, S.; SCHROTH, R. J.; GORDON, J. N.; HOFFMAN-GOETZ, L.; BROUGHTON, J. R.; JAMIESON, L. Racism and oral health outcomes among pregnant canadian aboriginal women. **J. Health Care Poor Underserved**, v. 27, n. 1, p. 178-206, 2016.

LEE, H. H.; DZIAK, J. J.; AVENETTI, D. M.; BERBAUM, M. L.; EDMOWANDE, Y.; KLIEBHAN, M.; ZHANG, T.; LICONA-MARTINEZ, K.; MARTIN, M. A. Association between neighborhood disadvantage and children's oral health outcomes in urban families in the Chicago area. **Front. Public Health**, v. 11, 1203523, 2023.

LEWGOY, B. Do racismo clássico ao neo-racismo politicamente correto: a persistência de um erro. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**, v.13, n. 2, 2006.

LEWIS, T. T.; WILLIAMS, D. R.; TAMENE, M.; CLARK, C. R. Self-reported experiences of discrimination and cardiovascular disease. **Curr. Cardiovasc. Risk Rep.**, v. 8, n. 365, 2014.

LEWIS, T. T.; COGBURN, C. D.; WILLIAMS, D. R. Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, v. 11, 407-440, 2015.

LIMA, M. E. O.; VALA, J. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. **Estud psicol (Campinas)**, v. 9, n. 3, p. 401-411, 2004.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 40, p. 121-134, 2012.

LUKACHKO, A.; HATZENBUEHLER, M. L.; KEYES, K. M. Structural racism and myocardial infarction in the United States. **Soc. Sci. Med.**, v.103, p. 42-50, 2014.

LUNTEREN, A. W. M.; GROENIGER, J. O.; WOLVIUS, E. B.; KRAGT, L. Neighbourhood characteristics and children's oral health: a multilevel population-based cohort study. **Eur. J. Public Health**, v. 31, n. 4, p. 742-748, 2021.

MAIA, K. S.; ZAMORA, M. H. N. O Brasil e a lógica racial: do branqueamento à produção de subjetividade do racismo. **Psicol. Clin.**, v. 30, n. 2, p. 265-286, 2018.

MALTA, D. C.; GOMES, C. S.; PRATES, E. J. S.; SANTOS, F. P.; ALMEIDA, W. S.; STOPA, S. R.; PEREIRA, C. A.; SZWARCOWALD, C. L. Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas últimas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 24, supl.2, e210002, 2021.

- MARQUES, E. P. S. O acesso à educação superior e o fortalecimento da identidade negra. **Rev. Bras. de Educ.**, v. 23, e230098, 2018.
- MARTINS, Y. V. M.; DIAS, J. N.; LIMA, I. P. C. A evolução da prática odontológica brasileira: revisão da literatura. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança- RCSNE**, v. 16, n. 3, p. 83-90, 2018.
- MARTINS, M. E. O.; TONIOLLO, M. B.; FERNANDES, A. L. A.; MOREIRA, B.; MACHADO, L. C. S.; SILVA, R. C. D. Autopercepção da saúde bucal entre universitários. **Contrib. Cienc. Soc.**, v. 18, n. 2, e15794, 2025.
- MASSEY, D. S.; DENTON, N. A. The dimensions of residential segregation. **Soc. Forces**, v. 67, n. 2, p. 281-315, 1988.
- MCCONAHAY, J. B., HOUGH, J. C. J. Symbolic racism. **J. Soc. Issues**, v. 32, p. 23-45, 1976.
- MCGLUMPHY, K. C.; DAMEN, M.; HASSON, R. E. Psychosocial stress and perceived oral health in African American youth. **Pediatr. Dent.**, v. 41, n. 5, p. 358-563, 2019.
- MENDES, M. M. Raça e racismo: controvérsias e ambiguidades. **Vivência: Revista de Antropologia**, v. 1, n. 39, p. 101-124, 2012.
- MIZAEL, T. M.; CASTRO, M. S. L. B.; DITTRICH, A. Uma interpretação analítico-comportamental do colorismo e de suas implicações clínicas. **Acta Comport.**, v. 29, n. 4, p. 65-81, 2021.
- MOLARIUS, A.; ENGSTRÖM, S.; FLINK, H.; SIMONSSON, B.; TEGELBERG, A. Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilisation after the dental care reform in 2008 in Sweden. **BMC Oral Health**, v. 14, p. 134-142, 2014.
- MOURA, C.; GUSMÃO, E. S.; SANTILLO, P. M. H.; SOARES, R. S. C.; CIMÕES, R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saude Publica**, v. 30, p. 611-622, 2014.
- MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: BRANDÃO, A. A. P. (Org). **Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira**. Niterói: Ed. UFF, 2000.
- MUNANGA, K. **Conceitos e categorias na área do Negro e Educação**. I Seminário Do II Concurso Negro e Educação. Rio de Janeiro: ANPED, 2001.
- MUNANGA, K. A difícil tarefa de definir quem é negro no Brasil. **Estud. Av.**, v. 18, n. 50, p. 51-66, 2004.

MURALIKRISHNAN, M., SABBAB, W. Is racial discrimination associated with number of missing teeth among american adults? **J. Racial Ethn. Health Disparities**, v. 8, p. 1293-1299, 2021.

NASCIMENTO, J. A. **Democratização e ensino superior no Brasil: a análise da política de cotas na perspectiva dos estudantes da Universidade Federal de Juiz de Fora (2018-2021)**. 2021. 255p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2021.

NATH, S.; SETHI, S.; BASTOS, J. L.; CONSTANTE, H. M.; MEJIA, G.; HAAG, D.; KAPELLAS, K.; JAMIESON, L. The global prevalence and severity of dental caries among racially minoritized children: a systematic review and meta-analysis. **Caries Res.**, v. 57, n. 4, p. 485-508, 2023.

NAZ, S.; BERNABE, E.; MARCENES, W.; DELGADO-ANGULO, E. K. Ethnic differences in treatment preferences among adults in East London. **Br. Dent. J.**, 2021.

NAZER, F. W.; SABBAB, W. Do socioeconomic conditions explain ethnic inequalities in tooth loss among US adults? **Ethn. Dis.**, v. 28, n. 3, p. 201-206, 2018.

NEVES, J. P. S.; SILVA, M. A. M. O mito da democracia racial: contexto histórico brasileiro e a construção do racismo no Brasil. **Revista Educar Mais**, v. 3, n. 2, p. 158-166, 2019.

NOGUEIRA, M. C.; COSTA, A. L. S.; REIS, J. L. O.; PEREIRA, I. Segregação residencial racial e mortalidade por câncer do colo do útero nas regiões de saúde do Brasil. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 68, n. 3, e-162458, 2022a.

NOGUEIRA, M. C.; COSTA, A. L. S.; REIS, J. L. O.; PEREIRA, I. Associação entre segregação residencial racial e mortalidade por homicídio nos municípios de Minas Gerais, Brasil. **Cien. Saude Colet.**, v. 27, n. 9, p. 3637-3646, 2022b.

ODOMS-YOUNG, A. M. Examining the impact of structural racism on food insecurity: implications for addressing racial/ethnic disparities. **Fam. Community Health**, v. 41, suppl 2, p.S3-S6, 2018.

OLIVEIRA, P. E. **O sistema de classificação de cor e raça do estado brasileiro na formação da identidade afro-brasileira**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

OLIVEIRA, D; RESENDE, VM. Branquitude, discurso e representação de mulheres negras no ambiente acadêmico da UFBA. **Bakhtiniana, Rev. Estud. Discurso**, v. 15, n. 4, p.149-171, 2020.

OLIVEIRA, L. G. F.; MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. **Rev. Bras. Estud. Opopul.**, v. 39, e0214, p. 1-13, 2022.

OSÓRIO, R. G. **Texto para discussão no 996. O Sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2003. 50p.

OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. **O dicionário do pensamento social do século XX.** Rio de Janeiro: Edirora Zahar, 1996. 992p.

PAGE, M. J.; McKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTRON, I.; HOFFMANN, T. C.; MULROW, C. D.; SHAMSEER, L.; TETZLAFF, J. M.; MOHER, D. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 134, p. 103–112, 2021.

PARADIES, Y.; PRIEST, N.; BEN, J.; TRUONG, M.; GUPTA, A.; PIETERSE, A.; KELAHER, M.; GEE, G. Racism as a determinant of health: a protocol for conducting a systematic review and meta-analysis. **Syst. Rev.**, v. 2, n. 85, p. 1-7, 2013.

PARADIES, Y.; BEN, J.; DENSON, N.; ELIAS, A.; PRIEST, N.; PIETERSE, A.; GUPTA, A.; KELAHER, M.; GEE, G. Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 10, n. 9, e0138511, 2015.

PATEL, N.; PATEL, S.; COTTI, E.; BARDINI, G.; MANNOCCI, F. Unconscious racial bias may affect dentists' clinical decisions on tooth restorability: a randomized clinical trial. **JDR Clin. Trans. Res.**, v. 4, n. 1, p. 19-28, 2018.

PEDERSEN, A.; WALKER, I. A. Prejudice against australian aborigines: old-fashioned and modern forms. **Eur. J. Soc. Psychol.**, v. 27, p. 561-587, 1997.

PHELAN, J. C; LINK, B. G. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? **Annu. Rev. Sociol.**, v. 41, p. 311-330, 2015.

POOLE, T.; JURA, M.; TAYLOR, G.; GATES, P.; MERTZ, E. Slipping through the cracks: Just how underrepresented are minorities within the dental specialties? **J. Public Health Dent.**, v. 82, suppl. 1, p. 53-62, 2022.

PURNELL, J. Q.; PEPPONE, L. J.; ALCARAZ, K.; McQUEEN, A.; GUIDO, J. J.; CARROLL, J. K.; SHACHAM, E.; MORROW, G. R. Perceived discrimination, psychological distress, and current smoking status: results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System reactions to race module, 2004-2008. **Am. J. Public Health**, v. 102, n. 5, p. 844-851, 2012.

RAMSAY, S. E.; WHINCUP, P. H.; WATT, R. G.; TSAKOS, G.; PAPACOSTA, A. O.; LENNON, L. T.; ILIFF, S. A.; GURLING, H. M. D.; HEMINGWAY, H. Burden of poor oral health in older age: findings from a population-based study of older British men. **BMJ Open**, v. 5, n. 12, e009476, 2015.

RASKIN, S. E.; THAKKAR-SAMTANI, M.; SANTORO, M.; FLEMING, E. B.; HEATON, L. J.; TRANBY, E. P. Discrimination and dignity experiences in prior oral care visits predict racialized oral health inequities among nationally representative US adults. **J. Racial Ethn. Health Disparities**, v. 11, n. 6, p. 3722-3735, 2024.

REGINALDO, I.; FERNANDES, I. A. M.; NUERNBERG, G. N.; BASTOS, J. L. Race in public health dentistry: a critical review of the literature. **Rev. Saude Publica**, v. 56, n. 57, p. 1-9, 2022.

REIS, L. A. O.; MIRANDA, S. S.; FONSECA, B. R.; PEREIRA, M.; NATIVIDADE, M. S.; ARAGÃO, E.; LARA, T. P.; NERY, J. S. Associação entre iniquidades raciais e condição de saúde bucal: revisão sistemática. **Cien. Saude Colet.**, v. 29, n. 3, e04882023, 2024.

RIBEIRO, M. Políticas de igualdade racial e educação superior: perspectivas e desafios. **Revista Novos Olhares Sociais**, v. 1, n.1, p. 111-130, 2018.

RILEY, A. R. Neighborhood disadvantage, residential segregation, and beyond—lessons for studying structural racism and health. **J. Racial Ethn. Health Disparities**, v. 5, n. 2, p. 357-365, 2018.

ROSENTHAL, E. A. **Odontologia no Brasil no século XX**. São Paulo: Santos; 2001. 441p.

ROSSI, T. R. A.; LORENA SOBRINHO, J. E.; CHAVES, S. C. L.; MARTELLI, P. J. L. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Cien. Saude Colet.**, v. 24, n. 12, p. 4427-4436, 2019.

SABBAH, W.; GIREESH, A.; CHARI, M.; DELGADO-ANGULO, E.; BERNABE, E. Racial discrimination and uptake of dental services among American adults. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 16, n. 9, p. 1-8, 2019.

SANTOS, C. G. **Capital social, características do local de residência e autopercepção do estado de Saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SANTOS, R. A.; SILVA, R. M. N. B. Racismo científico no Brasil: um retrato racial do Brasil pós-escravatura. **Educ. Rev.**, v. 34, n. 68, p. 253-268, 2018.

SATHLER, D.; LEIVA, G. A cidade importa: urbanização, análise regional e segregação urbana em tempos de pandemia de Covid-19. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v. 39, p. 1–32, 2022.

SCHMITT, M.T.; POSTMES, T.; BRANSCOMBE, N. R.; GARCIA, A. The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: A meta-analytic review. **Psychol. Bull.**, v. 140, n. 4, p. 921-948, 2014.

SCHROEDER, F. M. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; MEUCCI, R. D. Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil. **Cien. Saude Colet.**, v. 25, n. 6, p. 2093-2102, 2020.

SCHUCH, H. S.; HAAG, D. G.; BASTOS, J. L.; PARADIES, Y.; JAMIESON, L. M. Intersectionality, racial discrimination and oral health in Australia. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.49, n. 1, p. 87-94, 2021.

SCHULZ, A. J.; WILLIAMS, D. R.; ISRAEL, B. A.; LEMPET, L. B. Racial and spatial relations as fundamental determinants of health in Detroit. **Milbank Q.**, v. 80, n. 4, p. 677-707, 2002.

SILVA, T. O colorismo e suas bases históricas discriminatórias. **Revista Direito UNIFACS - Debate Virtual**, v. 211, p 1-19, 2017.

SILVA, S. O.; BERENGUER, A. A. S.; RICARDO T. M. S.; LOPES, G. C.; DE SÁ, M. V. G.; SANTOS, D. S. M.; BITTENCOURT, L. J.; SANTANA, K. S. O. “Na verdade eu nunca participei e nem ouvi falar sobre”: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na perspectiva de gestores e profissionais da saúde. **Saúde Soc.**, v. 31, n. 4, e210969, 2022.

SINGHAL, A.; JACKSON, J. W. Perceived racial discrimination partially mediates racial-ethnic disparities in dental utilization and oral health. **J. Public Health Dent.**, v. 82, suppl. 1, p. 63-72, 2022.

SINKFORD, J. C.; VALACHOVIC, R. W.; HARRISON, S. G. Underrepresented minority dental school enrollment: continued vigilance required. **J. Dent. Educ.**, v. 68, n. 10, p.1112-1118, 2004.

SMITH, P. D.; MURRAY, M.; HOFFMAN, S.; ESTER, T. V.; KOHLI, R. Addressing Black men's oral health through community engaged research and workforce recruitment. **J. Public Health Dent.**, v. 82, suppl 1, p. 83-88, 2022.

SOUSA, J. L. de; HENRIQUES, A.; SILVA, Z. P. da; SEVERO, M.; SILVA, S. Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cad. Saude Publica**, v. 35, n. 6, p. e00099518, 2019.

SOUSA, A. C. A.; SANTOS, R. C. G. Sistema de cotas raciais na Universidade de Brasília: acesso ao ensino superior e ao mercado de trabalho. **Campo de Públicas: Conexões e experiências**, v. 3, n. 1, p. 163-189, 2024.

SOUSA FILHO, J. F.; PEDEIRA, S. C.; SANTOS, G. F.; GUIMARÃES, J. M. N.; FERREIRA, A. J. F.; ALVES, F. J. O.; NASCIMENTO, G. R.; PAIVA, A. S. S.; ANDRADE, R. F. S.; GÓES, E. F.; BARRETO, M. L.; AQUINO, E. M. L. Racial and economic segregation in Brazil: a nationwide analysis of socioeconomic and socio-spatial inequalities. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v. 40, e0247, p. 1-24, 2023.

STOPA, S. R.; SZWARCOWALD, C. L.; OLIVEIRA, M. M.; GOUVEA, E. C. D. P.; VIEIRA, M. L. F. P.; FREITAS, M. P. S. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.29, n. 5, e2020315, 2020.

SULLIVAN COMMISSION ON DIVERSITY IN THE HEALTHCARE WORKFORCE. **Missing persons: minorities in the health professions. A report of the sullivan**

commission on diversity in the healthcare workforce. Durham: Sullivan Commission, 2004.

TERRA E SOUZA, L. H.; DIAZ-QUIJANO, F. A.; DE AZEVEDO BARROS, M. B.; LIMA, M. G. Race (black-white) and sex inequalities in tooth loss: a population-based study. **PLoS One**, v. 17, n. 10, e0276103, 2022.

TURRA, C.; VENTURI, G. **Racismo cordial: a mais completa análise sobre preconceito de cor no Brasil.** São Paulo: Ática, 1995.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Observatório de Graduação: Matrículas.** Disponível em: <https://observatorio.homolog.ufff.br/matriculas>. Acesso em: 25 mar. 2025.

WALLACE, M.; CREAR-PERRY, J.; RICHARDSON, L.; TARVER, M.; THEALL, K. Separate and unequal: structural racism and infant mortality in the US. **Health Place**, v. 45, p. 140-144, 2017.

WERNECK, J. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: BRASIL. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade.** Brasília: Funasa, 2005. p.315-386.

WERNECK, J. **Saúde da população negra.** Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Rio de Janeiro: Criola, 2010. 28p.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **Int. J. Health Serv.**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WILLIAMS, D. R.; YU, Y.; JACKSON, J. S.; ANDERSON, N. B. Racial differences in physical and mental health: socio-economic status, stress and discrimination. **J. Health Psychol.**, v. 2, n. 3, p. 335-351, 1997.

WILLIAMS, D. R.; COLLINS, C. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. **Public Health Rep.**, v. 116, n. 5, p. 404-416, 2001.

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

WILLIAMS, D. R.; MOHAMMED, S. A. Racism and health: pathways and scientific evidence. **Am. Behav. Sci.**, v. 57, n. 8, p. 1152-1173, 2013.

WILLIAMS, D. R.; PRIEST, N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. **Sociologias**, v. 17, n. 40, p. 124-174, 2015.

WILLIAMS, D. R.; LAWRENCE, J. A.; DAVIS, B. A. Racism and health: evidence and needed research. **Annu. Rev. Public Health**, v. 40, p. 105-125, 2019.

ZANELATTO, C.; HÖFELMANN, D. A.; GIEHL, M. W. C.; NISHIDA, W.; BASTOS, J. L. Percepção das desordens de bairro e pressão arterial em adultos: um estudo multinível de base populacional. **Cad. Saude Publica**, v. 35, n. 2, e00016418, 2019.

ZUBARAN, C.; BALBINOTTI, M.; CAPPELLETTI, K.; FORESTI, K.; MICHELIN, L.; MADI, J. M. The Portuguese version of the Schedule of Racist Events. **J. Racial Ethn. Health Disparities**, v. 7, n. 1, p. 162-168, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **RACISMO E SAÚDE BUCAL: UMA ANÁLISE MULTINÍVEL**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é **contribuir na identificação de fatores que causam desigualdades injustas e evitáveis em saúde bucal baseadas na raça, apoiando uma prática científica antirracista e auxiliando na elaboração de medidas que visem a equidade racial**. Nesta pesquisa pretendemos investigar disparidades raciais e prevalência de experiências de discriminação racial em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos entre estudantes maiores de 18 anos de uma instituição de ensino superior pública; e analisar o papel de fatores individuais e contextuais de racismo na distribuição dos resultados de saúde bucal e do acesso a serviços odontológicos por raça/cor nesta população.

Caso você concorde em participar, **você responderá um questionário online com questões referentes a características demográficas e socioeconômicas, ao acesso a serviços odontológicos e às suas condições de saúde bucal, além de questões relacionadas a algumas características da sua vizinhança e a possíveis experiências de discriminação ao longo da vida**. Esta pesquisa apresenta riscos considerados mínimos, como constrangimento ou cansaço ao responder às questões. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem os questionários não possuem nenhum tipo de identificação e somente a pesquisadora terá acesso aos mesmos. A técnica a ser empregada durante a pesquisa será apenas para a coleta de informações por meio de questionário online via e-mail, isto é, não serão utilizados nenhum procedimento invasivo ou experimental. A pesquisadora não vai divulgar seu nome, seu e-mail ou o nome da instituição. Além disso, em caso de incômodo ou constrangimento em responder as perguntas, **você poderá de imediato interromper sua participação, sem nenhum prejuízo**. Não haverá interferência do pesquisador em nenhum aspecto, psicológico e social, bem como da intimidade do participante. Em caso de danos comprovados decorrentes da participação no estudo o pesquisador assumirá a responsabilidade. A pesquisa pode ajudar na **identificação de desigualdades raciais de saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos, além de compreender como as formas de manifestação do racismo à nível individual e estrutural podem influenciar esses desfechos**. Espera-se fornecer subsídios para diminuir as iniquidades raciais em saúde bucal, favorecendo o acesso para aqueles que mais necessitam, além de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. É garantido a você o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. É importante que você guarde em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico, que está disponível para download. Caso deseje, é seu direito solicitar ao pesquisador responsável acesso ao teor do conteúdo do questionário antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada.

Este termo de consentimento será enviado para o seu e-mail, após o preenchimento do questionário e outra cópia ficará arquivada com o pesquisador responsável. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do

Brasil. Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.br



Ao clicar na opção abaixo, você concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE e terá acesso ao questionário online. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

() Declaro que li e CONCORDO em participar da pesquisa.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Rafaela de Oliveira Cunha

Campus Universitário da UFJF

Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Medicina/

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/

Doutorado Acadêmico em Saúde Coletiva.

Fone: (32) 2102-3830

E-mail: rafaeladeoliveiracunha@gmail.com

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes da pesquisa do

Brasil. Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.br

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de dados**I - BLOCO GERAL**

1. Qual a sua idade? _____ anos completos
2. Como você se identifica em relação ao seu gênero?
 - ☐ Feminino cisgênero
 - ☐ Masculino cisgênero
 - ☐ Feminino transgênero
 - ☐ Masculino transgênero
 - ☐ Não totalmente feminino e não totalmente masculino (Não binário)
 - ☐ Não tenho um gênero (agênero)
3. Como se identifica em relação a sua cor ou raça?
 - ☐ Branca
 - ☐ Preta
 - ☐ Parda
 - ☐ Amarela
 - ☐ Indígena
4. Qual o seu estado civil?
 - ☐ Solteiro(a) Casado(a) ou em união estável
 - ☐ Casado(a) ou em união estável
 - ☐ Separado(a) ou divorciado(a)
 - ☐ Viúvo(a)
5. Qual é, aproximadamente, a renda mensal total da sua família? (Família a qual você se vincula economicamente)
 - ☐ Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.320,00)
 - ☐ De 1 a 1,5 salário mínimo (de 1.321,00 até R\$ 1.980,00)
 - ☐ De 1,5 a 3 salários mínimos (R\$1.981,00 a R\$ 3.960,00)
 - ☐ De 3 a 5 salários mínimos (R\$ 3.961,00 a R\$ 6.600)
 - ☐ De 5 a 8 salários mínimos (R\$ 6.601,00 a R\$ 10.560,00)
 - ☐ De 8 a 20 salários mínimos (R\$ 10.561,00 a R\$ 26.400,00)
 - ☐ Acima de 20 salários mínimos (acima de R\$26.401,00)
6. Quantas pessoas dependem dessa renda?
 - ☐ Uma
 - ☐ Duas
 - ☐ Três
 - ☐ Quatro
 - ☐ Cinco
 - ☐ Seis
 - ☐ Sete
 - ☐ Oito
 - ☐ Nove
 - ☐ Dez
 - ☐ Mais de dez
7. Qual é o nível de escolaridade do seu pai?
 - ☐ Não estudou
 - ☐ Ensino Fundamental incompleto

- ☐ Ensino Fundamental completo
- ☐ Ensino Médio incompleto
- ☐ Ensino Médio completo
- ☐ Ensino Superior incompleto
- ☐ Ensino Superior completo
- ☐ Pós graduação
- ☐ Não sei

8. Qual é o nível de escolaridade da sua mãe?

- ☐ Não estudou
- ☐ Ensino Fundamental incompleto
- ☐ Ensino Fundamental completo
- ☐ Ensino Médio incompleto
- ☐ Ensino Médio completo
- ☐ Ensino Superior incompleto
- ☐ Ensino Superior completo
- ☐ Pós graduação
- ☐ Não sei

9. Atualmente você exerce atividade remunerada (**não** incluir nesse caso bolsas estudantis – apoio, pesquisa, treinamento profissional, monitorias e etc)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

10. Em qual município você reside atualmente?

11. Em qual município você viveu a maior parte da sua vida? (considerar o município em que viveu **pelo menos por mais de 5 anos**)

12. Você já morou fora do Brasil?

- ☐ Sim
- ☐ Não

13. Se já tiver morado fora do Brasil, foi por quanto tempo?

14. Em que tipo de escola você cursou o ensino médio?

- ☐ Todo em escola pública
- ☐ Todo em escola privada (particular)
- ☐ A maior parte em escola pública
- ☐ A maior parte em escola privada (particular)

15. Em qual campus da UFJF você está matriculado?

- ☐ Juiz de Fora
- ☐ Governador Valadares
- ☐ EAD

16. Seu ingresso na graduação se deu através de cotas?

- ☐ Não
- ☐ Sim, por critério étnico-racial + estudar em escola pública
- ☐ Sim, por critério étnico-racial + estudar em escola pública + critério de renda igual ou inferior a 1,5 salário mínimo

- ☐ Sim, por critério étnico-racial + estudar em escola pública + critério de renda igual ou inferior a 1,5 salário mínimo + possuir deficiência
- ☐ Sim, por critério de renda igual ou inferior a 1,5 salário mínimo + estudar em escola pública
- ☐ Sim, por critério de renda igual ou inferior a 1,5 salário mínimo + estudar em escola pública + possuir deficiência
- ☐ Sim, por estudar em escola pública
- ☐ Sim, por estudar em escola pública + possuir deficiência

17. Você recebe algum auxílio estudantil (Auxílio alimentação, Auxílio creche, Auxílio moradia, Auxílio transporte, Bolsa PNAES ou Bolsa Permanência PBP/MEC)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

18. Qual a área de conhecimento do curso em que vocês está matriculado atualmente?

- ☐ Ciências Exatas e da Terra (Cursos: Ciência da Computação, Ciências Exatas, Estatística, Física, Matemática, Química, Sistemas de Informação)
- ☐ Engenharias (Cursos: Engenharia Ambiental e Sanitária, Engenharia Civil, Engenharia Computacional, Engenharia de Produção, Engenharia Elétrica, Engenharia Mecânica)
- ☐ Ciências Biológicas (Curso: Ciências Biológicas)
- ☐ Ciências da Saúde (Cursos: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia)
- ☐ Ciências Agrárias (Curso: Medicina Veterinária)
- ☐ Ciências Sociais Aplicadas (Cursos: Administração, Arquitetura e Urbanismo, Ciências Contábeis, Ciências Econômicas, Direito, Comunicação Social, Jornalismo, Rádio TV e internet, Serviço Social, Turismo)
- ☐ Ciências Humanas (Cursos: Ciência da Religião, Bacharelado interdisciplinar em Ciências Humanas, Ciências Sociais, Filosofia, Geografia, História, Pedagogia, Psicologia)
- ☐ Linguística, Letras e Artes (Cursos: Bacharelado Interdisciplinar em artes e design, Bacharelado em Artes visuais, Licenciatura em artes visuais, Bacharelado em Cinema e Audiovisual, Bacharelado em Design, Letras, Letras-libras, Bacharelado em Moda, Música)

19. Em que período você está matriculado atualmente? (Considerar o período correspondente à maior parte das disciplinas que você está cursando no atual semestre)

- ☐ 1º período
- ☐ 2º período
- ☐ 3º período
- ☐ 4º período
- ☐ 5º período
- ☐ 6º período
- ☐ 7º período
- ☐ 8º período
- ☐ 9º período
- ☐ 10º período
- ☐ 11º período
- ☐ 12º período

Bloco II – Saúde bucal

1. No último ano, você procurou algum consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/equipe de saúde bucal para ser atendido?

- ☐ Não procurei
- ☐ Procurei e não fui atendido
- ☐ Procurei e fui agendado para outro dia/outro local
- ☐ Procurei e fui atendido no mesmo dia

2. Quando você consultou o dentista pela última vez?

- ☐ Até um ano
- ☐ Mais de 1 ano a 2 anos
- ☐ Mais de 2 anos a 3 anos
- ☐ Mais de 3 anos
- ☐ Nunca fui ao dentista

3. Onde foi a sua última consulta a um dentista?

- ☐ Serviço público
- ☐ Serviço particular
- ☐ Plano de saúde ou convênio
- ☐ Nunca fui ao dentista

4. Qual o motivo da sua última consulta a um dentista?

- ☐ Revisão, prevenção ou check-up
- ☐ Dor
- ☐ Extração
- ☐ Tratamento
- ☐ Nunca fui a dentista

5. O que você achou do tratamento na última consulta ao dentista?

- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Nunca fui a dentista

6. Em geral, como você avalia a sua saúde bucal (dentes e gengivas)?

- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim.

7. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você teve dor de dente?

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ À vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

8. Com que frequência você se sentiu desconfortável com a aparência de seus dentes, boca ou dentaduras durante nos últimos 12 meses?

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ À vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

9. Com que frequência você teve que evitar comer alguns alimentos por causa de problemas com os dentes, boca ou dentaduras nos últimos 12 meses?

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ À vezes

() Raramente

() Nunca

10. Lembrando-se dos seus dentes permanentes de baixo e de cima, você já perdeu/ precisou extrair algum? (não inclui extração de sisos ou para tratamento ortodôntico/ aparelho)

() Sim

() Não

Bloco III – Escala de percepção da vizinhança

As perguntas a seguir são relacionadas a problemas do bairro que você **morou na maior parte da sua vida**.

Caso tenha se mudado para fazer faculdade ou por outros motivos, **considere o bairro que você viveu na maior parte da sua vida** (ou **por pelo menos 5 anos**).

Para cada item a seguir, marque uma das três opções: não, algum ou muitos problemas.

Há problemas no bairro em que você residiu na maior parte da sua vida com relação a:

18. Lixo e entulho	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V1
19. Calçamentos irregulares e perigosos	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V2
20. Barulho	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V3
21. Vandalismo (pichações em estátuas, muros ou prédios, escolas, brinquedos em praças quebrados, placas ou sinalizações quebradas, orelhão quebrado)	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V4
22. Má fama da vizinhança	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V5
23. Velocidade do trânsito	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V6
24. Cheiros desagradáveis	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V7
25. Poluição de ar, terra ou água	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V8
26. Agressão física, roubos, furtos e assaltos	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V9
27. Arrombamentos	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V10
28. Seqüestros ou assassinatos	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V11
29. Tráfico e uso de drogas	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V12
30. Problemas com a polícia	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V13
31. Andar pela região depois que escurece	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V14
32. Falta de lugares seguros para as crianças brincarem	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V15
33. Transporte urbano (ônibus)	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V16

Bloco IV- Escala de Discriminação Explícita.

C1. Você já foi confundido com um funcionário de um estabelecimento, quando, na verdade, você era um cliente? Por exemplo, confundido com um vendedor, balconista ou garçom?

- ☐ Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C2, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
☐ Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
☐ Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
☐ Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. Condição econômica ou classe social | ☐ 12. Religião ou culto |
| ☐ 2. Cor ou raça | ☐ 13. Ser gordo ou magro |
| ☐ 3. Deficiência física | ☐ 14. Sotaque ou forma de falar |
| ☐ 4. Doença | ☐ 15. Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| ☐ 5. Forma de vestir | ☐ 16. Usar óculos |
| ☐ 6. Idade | ☐ 17. Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| ☐ 7. Local de moradia | ☐ 18. Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| ☐ 8. Ser homem ou mulher | |
| ☐ 9. Orientação política | |
| ☐ 10. Orientação sexual | ☐ 11. Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim, um pouco
☐ 3. Sim, razoavelmente
☐ 4. Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim

→ Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

C2. Ao frequentar lojas, restaurantes ou lanchonetes, você já foi tratado de maneira inferior em relação a outros clientes?

- ☐ Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C3, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
☐ Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
☐ Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
☐ Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. Condição econômica ou classe social | ☐ 12. Religião ou culto |
| ☐ 2. Cor ou raça | ☐ 13. Ser gordo ou magro |
| ☐ 3. Deficiência física | ☐ 14. Sotaque ou forma de falar |
| ☐ 4. Doença | ☐ 15. Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| ☐ 5. Forma de vestir | ☐ 16. Usar óculos |
| ☐ 6. Idade | ☐ 17. Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| ☐ 7. Local de moradia | ☐ 18. Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| ☐ 8. Ser homem ou mulher | |
| ☐ 9. Orientação política | |
| ☐ 10. Orientação sexual | ☐ 11. Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim, um pouco
☐ 3. Sim, razoavelmente
☐ 4. Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim

C3. Ao frequentar repartições públicas, como receita federal, cartório, departamentos de trânsito, companhias de água, luz, esgoto ou outras, você já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes?

- ☐ Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C4, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
☐ Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
☐ Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
☐ Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. Condição econômica ou classe social | ☐ 12. Religião ou culto |
| ☐ 2. Cor ou raça | ☐ 13. Ser gordo ou magro |
| ☐ 3. Deficiência física | ☐ 14. Sotaque ou forma de falar |
| ☐ 4. Doença | ☐ 15. Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| ☐ 5. Forma de vestir | ☐ 16. Usar óculos |
| ☐ 6. Idade | ☐ 17. Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| ☐ 7. Local de moradia | ☐ 18. Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| ☐ 8. Ser homem ou mulher | _____ |
| ☐ 9. Orientação política | _____ |
| ☐ 10. Orientação sexual | ☐ 19. Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- ☐ 1. Não ☐ 3. Sim, razoavelmente
☐ 2. Sim, um pouco ☐ 4. Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- ☐ 1. Não ☐ 2. Sim

Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

C6. Você já foi tratado como se fosse pouco inteligente ou incapaz de realizar alguma atividade curricular na escola ou na universidade? Considere situações atuais (universidade) e passadas (escola) nas quais você foi tratado assim por professores ou colegas, mesmo achando que tinha todas as condições de realizar as atividades.

- ☐ Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C7, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
☐ Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
☐ Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
☐ Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. Condição econômica ou classe social | ☐ 12. Religião ou culto |
| ☐ 2. Cor ou raça | ☐ 13. Ser gordo ou magro |
| ☐ 3. Deficiência física | ☐ 14. Sotaque ou forma de falar |
| ☐ 4. Doença | ☐ 15. Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| ☐ 5. Forma de vestir | ☐ 16. Usar óculos |
| ☐ 6. Idade | ☐ 17. Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| ☐ 7. Local de moradia | ☐ 18. Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| ☐ 8. Ser homem ou mulher | _____ |
| ☐ 9. Orientação política | _____ |
| ☐ 10. Orientação sexual | ☐ 19. Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- ☐ 1. Não ☐ 3. Sim, razoavelmente
☐ 2. Sim, um pouco ☐ 4. Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- ☐ 1. Não ☐ 2. Sim

C10. Ao tentar ficar ou namorar com alguém, você já foi tratado com desprezo pela outra pessoa, sem ter dado motivos para isso? Considere apenas as situações em que você foi tratado pior em relação aos outros que também tentaram ficar ou namorar com esta ou estas pessoas.

- ☐ Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C11, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
☐ Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
☐ Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
☐ Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|--|
| 1 ☐ Condição econômica ou classe social | 12 ☐ Religião ou culto |
| 2 ☐ Cor ou raça | 13 ☐ Ser gordo ou magro |
| 3 ☐ Deficiência física | 14 ☐ Sotaque ou forma de falar |
| 4 ☐ Doença | 15 ☐ Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| 5 ☐ Forma de vestir | 16 ☐ Usar óculos |
| 6 ☐ Idade | 17 ☐ Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| 7 ☐ Local de moradia | 18 ☐ Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| 8 ☐ Ser homem ou mulher | _____ |
| 9 ☐ Orientação política | _____ |
| 10 ☐ Orientação sexual | 19 ☐ Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- 1 ☐ Não
 2 ☐ Sim, um pouco
 3 ☐ Sim, razoavelmente
 4 ☐ Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- 1 ☐ Não
 2 ☐ Sim

C12. Você já foi tratado de modo inferior por algum de seus pais, tios, primos ou avós em relação aos outros familiares?

- ☐ Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C13, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
☐ Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
☐ Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
☐ Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|--|
| 1 ☐ Condição econômica ou classe social | 12 ☐ Religião ou culto |
| 2 ☐ Cor ou raça | 13 ☐ Ser gordo ou magro |
| 3 ☐ Deficiência física | 14 ☐ Sotaque ou forma de falar |
| 4 ☐ Doença | 15 ☐ Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| 5 ☐ Forma de vestir | 16 ☐ Usar óculos |
| 6 ☐ Idade | 17 ☐ Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| 7 ☐ Local de moradia | 18 ☐ Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| 8 ☐ Ser homem ou mulher | _____ |
| 9 ☐ Orientação política | _____ |
| 10 ☐ Orientação sexual | 19 ☐ Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- 1 ☐ Não
 2 ☐ Sim, um pouco
 3 ☐ Sim, razoavelmente
 4 ☐ Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- 1 ☐ Não
 2 ☐ Sim

C13. Você já foi chamado por nomes, palavras das quais não gostou ou termos pejorativos? Pense que isto pode ter acontecido em ruas, ônibus, shoppings, bancos, lojas, festas, escola, local de trabalho ou outros locais públicos.

- ☐ Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C14, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
☐ Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
☐ Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
☐ Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|--|
| 1 ☐ Condição econômica ou classe social | 12 ☐ Religião ou culto |
| 2 ☐ Cor ou raça | 13 ☐ Ser gordo ou magro |
| 3 ☐ Deficiência física | 14 ☐ Sotaque ou forma de falar |
| 4 ☐ Doença | 15 ☐ Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| 5 ☐ Forma de vestir | 16 ☐ Usar óculos |
| 6 ☐ Idade | 17 ☐ Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| 7 ☐ Local de moradia | 18 ☐ Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| 8 ☐ Ser homem ou mulher | _____ |
| 9 ☐ Orientação política | _____ |
| 10 ☐ Orientação sexual | 19 ☐ Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- 1 ☐ Não
 2 ☐ Sim, um pouco
 3 ☐ Sim, razoavelmente
 4 ☐ Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- 1 ☐ Não
 2 ☐ Sim

Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

C16. Você já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de amigos do bairro, de pessoas de sua vizinhança ou de seu condomínio? Pense que isto pode ter acontecido em encontros da vizinhança, reuniões de condomínio, festas e outras datas de comemorações.

- ☐ Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C17, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
☐ Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
☐ Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
☐ Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|--|
| 1 ☐ Condição econômica ou classe social | 12 ☐ Religião ou culto |
| 2 ☐ Cor ou raça | 13 ☐ Ser gordo ou magro |
| 3 ☐ Deficiência física | 14 ☐ Sotaque ou forma de falar |
| 4 ☐ Doença | 15 ☐ Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| 5 ☐ Forma de vestir | 16 ☐ Usar óculos |
| 6 ☐ Idade | 17 ☐ Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| 7 ☐ Local de moradia | 18 ☐ Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| 8 ☐ Ser homem ou mulher | _____ |
| 9 ☐ Orientação política | _____ |
| 10 ☐ Orientação sexual | 19 ☐ Não sei |

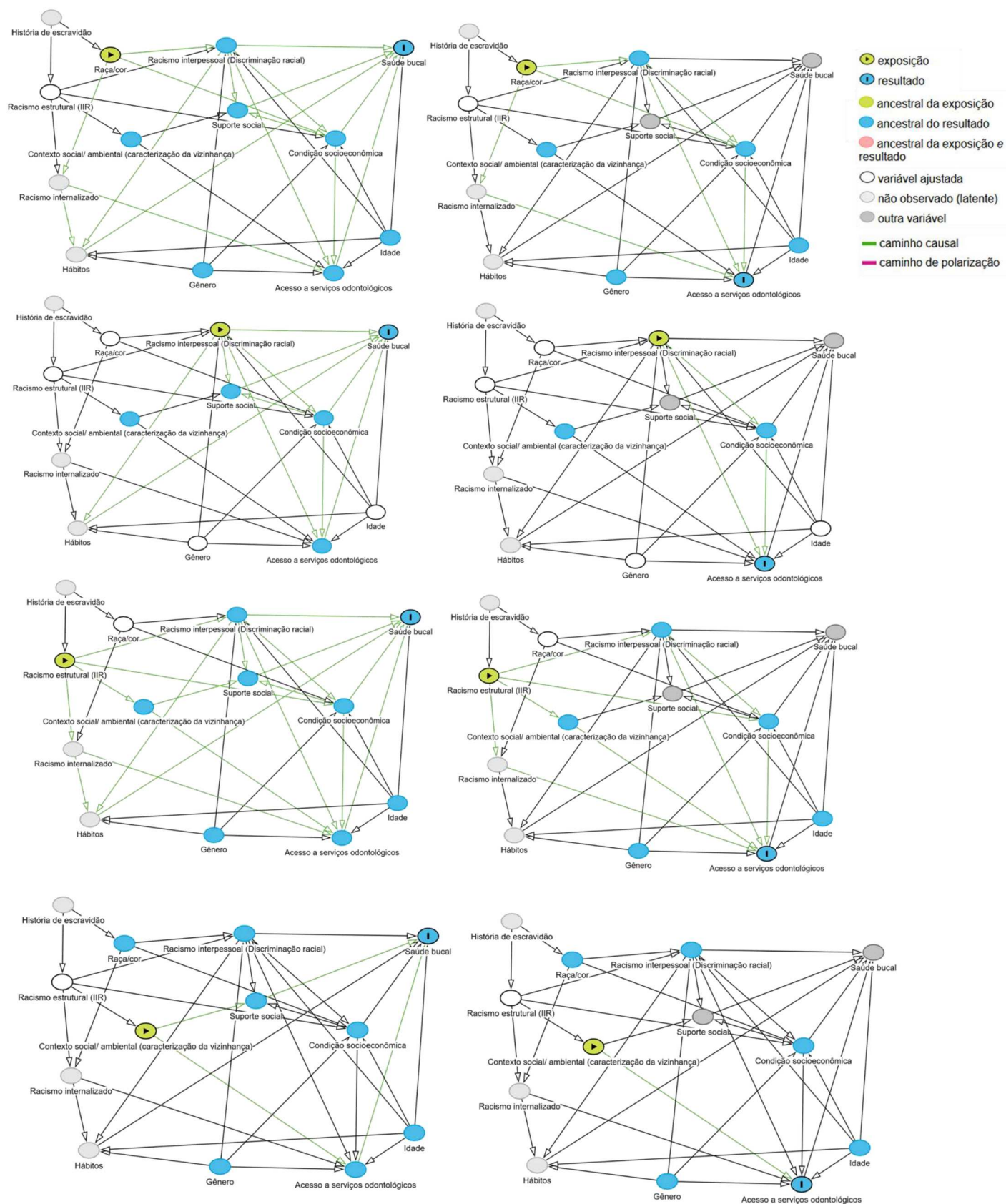
b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- 1 ☐ Não
 2 ☐ Sim, um pouco
 3 ☐ Sim, razoavelmente
 4 ☐ Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- 1 ☐ Não
 2 ☐ Sim

APÊNDICE C – Diagramas Acíclicos Direcionados (DAGs)



APÊNDICE D – Artigo “Raça e racismo: aspectos conceituais, históricos e metodológicos para pesquisas antirracistas em saúde”, publicado na revista *Saúde e Sociedade*

Artigos originais

Raça e racismo: aspectos conceituais, históricos e metodológicos para pesquisas antirracistas em saúde

Race and racism: conceptual, historical, and methodological aspects for anti-racist research in health

Rafaela de Oliveira Cunha^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9308-970X>
E-mail: rafaeladeoliveiracunha@gmail.com

Isabel Cristina Gonçalves Leite^b

 <http://orcid.org/0000-0003-1258-7331>
E-mail: isabel.leite@ufjf.br

Mário Círio Nogueira^b

 <https://orcid.org/0000-0001-9688-4557>
E-mail: mario.cirio.nogueira@gmail.com

Danielle Teles da Cruz^b

 <https://orcid.org/0000-0001-6917-1375>
E-mail: danielacruz@yahoo.com.br

^aUniversidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Juiz de Fora, MG, Brasil.

^bUniversidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Juiz de Fora, MG, Brasil.

Resumo

Iniquidades raciais em saúde têm sido amplamente documentadas na literatura científica. Uma compreensão mais profunda de como a raça está relacionada a processos sócio-históricos, especialmente o racismo, é fundamental para embasar os estudos sobre essas iniquidades. Este artigo se propõe a apresentar e discutir os principais aspectos teóricos, históricos e metodológicos relacionados aos construtos de raça e racismo em pesquisas em saúde. São abordados conceitos fundamentais, como raça, racismo sistêmico, estrutural, institucional, interpessoal e internalizado, além de discussões relevantes acerca de temas como o mito da democracia racial, colorismo, branquitude e racismo científico. Além disso, são discutidas as principais abordagens metodológicas para a mensuração do racismo em diferentes níveis. Espera-se fornecer subsídios e incentivar pesquisas que visem à equidade racial em saúde, contribuindo para uma agenda de pesquisa antirracista.

Palavras-chave: Racismo; Raça; Saúde das Minorias Étnicas; Agenda de Pesquisa em Saúde; Antirracismo.

Correspondência

Rafaela de Oliveira Cunha
rafaeladeoliveiracunha@gmail.com
Rua José Lourenço Kelmer, s/n, São Pedro, Juiz de Fora, Minas Gerais,
Brasil. Juiz de Fora, MG, Brasil. 36036-900

Abstract

The scientific literature has extensively documented racial inequalities in health. A deeper understanding of how race is related to sociohistorical processes, especially racism, is crucial to ground studies on these inequalities. This study aims to describe and discuss the key theoretical, historical, and methodological aspects related to the constructs of race and racism in research in health. It addresses fundamental concepts such as race; systemic, structural, institutional, interpersonal, and internalized racism; and relevant debates on topics such as the myth of racial democracy, colorism, whiteness, and scientific racism. Additionally, it explores the main methodological approaches to measure racism at different levels. This study aims to provide insights and promote research aimed at racial equity in health, contributing to an anti-racist research agenda.

Keywords: Racism; Race; Health of Ethnic Minorities; Health Research Agenda; Antiracism.

Introdução

Evidências em nível global mostram que grupos racialmente oprimidos frequentemente carregam o maior fardo das doenças e que lacunas consideráveis existem entre estes e os grupos raciais privilegiados. Essas iniquidades raciais em saúde persistem ao longo do tempo e no espaço e, portanto, devem fazer parte das prioridades das pesquisas em saúde que almejam contribuir de forma crítica com o debate em prol da universalidade, integralidade e equidade do sistema de saúde (Hardeman *et al.*, 2022; Werneck, 2016).

Embora a existência das iniquidades raciais em saúde seja consenso na literatura, as pesquisas são rasas ao explicar os mecanismos envolvidos na construção e na perpetuação das desigualdades raciais em saúde em todo o mundo (Bastos *et al.*, 2020; Fleming; Raskin; Brody, 2022).

Uma compreensão ampla do racismo, enquanto um sistema que atravessa as dimensões institucionais, culturais e comportamentais da vida social, é fundamental para embasar os estudos sobre iniquidades raciais em saúde (Lamenha-Lins *et al.*, 2022).

Apresentamos o argumento de que não é possível haver redução efetiva dessas iniquidades sem a promoção de uma agenda de pesquisa antirracista. Dessa forma, este estudo se propõe a apresentar os principais aspectos teóricos e metodológicos relacionados aos construtos de raça e racismo, a fim de fornecer subsídios e incentivar pesquisas que visem à equidade racial em saúde.

Compreendendo raça para entender o racismo

A clareza da terminologia é crítica para qualquer ciência. Um primeiro passo para analisar a contribuição do racismo nas iniquidades raciais na saúde é conhecer a gênese da ideia de raça, base do pensamento racista e da ideologia de superioridade e inferioridade racial (Krieger, 2003).

Etimologicamente, o termo raça tem suas raízes no latim *ratio*, que significa categoria, espécie (Munanga, 2004). Seu significado sempre esteve, de alguma forma, ligado ao ato de estabelecer classificações, primeiro, entre plantas e animais e, mais tarde, entre seres humanos (Almeida, 2019).

Como a maioria dos conceitos, o de raça tem seu campo semântico e uma dimensão temporal e espacial. Dessa forma, seu sentido está inevitavelmente atrelado às circunstâncias históricas em que é utilizado (Munanga, 2004).

De acordo com Goldberg (2002), o conceito de raça surge na consciência social europeia de modo mais ou menos explícito no século XV. Contudo, foram as circunstâncias históricas de meados do século XVI que forneceram um sentido específico à ideia de raça. O contexto de expansão econômica mercantilista, descoberta do novo mundo e da cultura renascentista, abriu as portas para a construção do moderno ideário filosófico que mais tarde transformaria o europeu no homem universal, relegando todos os povos e culturas não alinhados com os sistemas culturais europeus a variações menos evoluídas. Mais tarde, no século XVIII, o projeto iluminista de transformação social revitalizou a construção de um saber filosófico que tinha o homem como seu principal objeto. Do ponto de vista intelectual, o iluminismo constituiu as ferramentas que tornariam possível a comparação e, posteriormente, a classificação, dos mais diferentes grupos humanos com base nas características físicas e culturais. Surgiu então a distinção filosófico-antropológica entre civilizado e selvagem, que, no século seguinte, evoluiria para civilizado e primitivo. Assim, a classificação de seres humanos serviria não apenas ao conhecimento filosófico, mas também como uma das tecnologias do colonialismo europeu para a subjugação e aniquilação de populações das Américas, da África, da Ásia e da Oceania, além de contribuir para a perpetuação da supremacia branca como um sistema político (Goldberg, 2002).

Dessa maneira, a ideia de superioridade e inferioridade entre determinadas raças esteve sempre associada a motivos econômicos e políticos, nomeadamente de exploração, que justificaram no decorrer do tempo a escravatura e outras práticas sociais e econômicas de exploração e dominação (Almeida, 2019).

A raça é, portanto, uma categoria social e não biológica. Refere-se a grupos sociais que muitas vezes compartilham herança cultural e ancestralidade, sendo moldados por sistemas opressores de relações raciais justificados por ideologias. Assim, um grupo

se beneficia ao dominar outros grupos e define a si mesmo e aos outros por meio dessa dominação e de características físicas seletivas e arbitrárias (Krieger, 2003).

Embora haja atualmente amplo consenso de que, do ponto de vista biológico e científico, raças não existem, a raça ainda constitui um importante núcleo semântico em torno do qual se organizam sistemas identitários e ideológicos de organização social (Munanga, 2004).

Os sistemas de classificação racial variam de país para país, podendo basear-se em origem étnica e/ou racial, cor da pele, nacionalidade, grupo cultural e regional, e estão intrinsecamente relacionados a questões políticas, econômicas, sociais e culturais específicas de cada nação (Oliveira, 2017).

A questão racial no Brasil: influências da política de branqueamento e do mito da democracia racial

A discussão da identificação racial no Brasil não pode ser realizada sem o resgate da escravização do povo negro. É crucial lembrar que a escravização negra no Brasil, assim como em todas as colônias da América, foi fundamental para a manutenção e organização do processo de acumulação primitiva de capitais nas metrópoles. Partindo da premissa que a colonização das Américas estava completamente integrada ao processo de reprodução do capitalismo comercial, o papel dos negros foi decisivo para a construção e reprodução econômica do império europeu. Além disso, a ausência do escravizado resultaria na inexistência de uma estrutura econômica brasileira, dado que todo o processo produtivo no país se baseava no trabalho árduo dos corpos negros, tanto nas plantações de cana-de-açúcar quanto na mineração (Cruz, 2018).

Na segunda metade do século XIX, após a proibição do tráfico interatlântico de escravos, com o incentivo do governo, arquitetou-se, no Brasil, o ideal do branqueamento, como uma política nacional de promoção de imigração europeia, que visava suprir a escassez de mão de obra resultante da abolição e modernizar o país por meio da atração de mão de obra estrangeira (Neves; Silva, 2019). A “arianização

progressiva” era uma proposta de política pública que visava à redução da população negra pela miscigenação com a raça branca “superior”. Assim, na era republicana, a raça negra passou a ser considerada indesejável, com a expectativa de que desaparecesse no processo eugênico (Maia; Zamora, 2018).

No início do século XX, durante a institucionalização da política do branqueamento, os recortes de jornais do *Movimento Negro* continham narrativas que evidenciavam os efeitos dessa política. Na tentativa de a população negra, recém-libertada da escravidão, se inserir socialmente, houve uma clara associação entre a inserção social e o branqueamento (Maia; Zamora, 2018). Fragmentos de anúncios de jornais, como os encontrados em *A Voz da Raça*, ilustram essa dinâmica: “Frente-Negrinas: Quereis ter os vossos cabelos lisos e sedosos! A preços razoáveis Procurai a cabelzadeira Frente-Negrina”; “Grande Oficina de Costuras da F. N. B. Especialidade em roupas brancas, para homem e senhoras. Enxovais para noivas, batizados e colegiais” (*A voz da raça*, 1933). Essas propagandas destacavam a desvalorização da estética e cultura negra. Os efeitos dessa política culminaram no fortalecimento da supremacia branca nas interações cotidianas com outras raças brasileiras. A continuidade da política de branqueamento ainda hoje gera sofrimento psíquico e social no Brasil.

A partir da década de 1920, surge no país o grande mito da democracia racial, que se consolidou no imaginário social baseando-se na ideia de que o racismo havia sido superado. A crença na democracia racial, como ideal de igualdade e respeito, tornou-se consenso nos anos 1950, alcançando seu ápice na década seguinte ao propor a harmonização das relações entre raças. Assim, a ideia de que o Brasil era uma sociedade sem barreiras legais que impedissem a ascensão social de pessoas não brancas a cargos oficiais ou a posições de riqueza ou prestígio tornou-se amplamente difundida internacionalmente, especialmente nos Estados Unidos e na Europa (Guimarães, 2002; Neves; Silva, 2019). Esse mito contribuiu para a propagação de uma das formas mais insidiosas de racismo no Brasil: o racismo velado, disfarçado pelo status liberal e democrático (Munanga, 2004).

Para Guimarães (2002), a realidade social estruturada pelo ideal de branqueamento e pelo mito da democracia racial manteve intacto o padrão brasileiro de relações raciais, impedindo a criação de políticas que pudessem corrigir as desigualdades raciais no país, uma vez que essas desigualdades não eram reconhecidas (Munanga, 2004).

É importante compreender os efeitos desse processo na subjetivação contemporânea. A relação entre a coloridade e as diferenças sociais pode ainda estar correlacionada com a política de embranquecimento, que estabeleceu um gradiente de privilégios e exclusões (Maia; Zamora, 2018).

O colorismo emerge como uma forma de discriminação baseada na cor da pele, em que pessoas com tons mais escuros enfrentam maior probabilidade de exclusão na sociedade (Silva, 2017). É evidente que indivíduos negros com pele mais clara frequentemente têm maior acesso a espaços sociais, cuidados de saúde e redes sociais do que aqueles com tons de pele mais escuros, perpetuando, assim, sofrimentos. Estes são resquícios dos processos de subjetivação do racismo, que promoveram uma busca pelo embranquecimento, o que não foi uma escolha do negro, e sim uma imposição estatal, assimilada avidamente por uma sociedade brancocêntrica, racista e escravagista. Entender o colorismo enquanto reflexo da política do branqueamento faz refletir sobre como os efeitos dessa política se atualizam na contemporaneidade, dificultando que pessoas negras possam viver plenamente sua identidade, reconhecer sua ancestralidade, cultura e direitos (Maia; Zamora, 2018).

A complexa situação da população negra no Brasil está imersa em um emaranhado de crenças que, ao serem reproduzidas geração após geração, frequentemente tornam a realidade racista brasileira completamente incompreensível e invisível para grande parte da população (Neves; Silva, 2019).

Racismo

Apreendido o conceito de raça, é possível compreender o fenômeno do racismo, uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento (Almeida, 2019). No entanto, é crucial distinguir o racismo de outros conceitos diretamente

associados à ideia de raça, como o preconceito e a discriminação racial. Embora haja relação entre esses conceitos, eles têm diferenças significativas (Almeida, 2019), e a falta de clareza quanto a essas diferenças contribui para uma visão simplista do racismo, comum no imaginário coletivo (Diangelo, 2018).

O preconceito racial é um julgamento baseado em estereótipos sobre indivíduos pertencentes a um grupo racial específico, podendo ou não resultar em práticas discriminatórias (Almeida, 2019). Por outro lado, a discriminação racial é a ação fundamentada desse preconceito (Diangelo, 2018), envolvendo a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados (Almeida, 2019). Isso inclui não somente ações que prejudicam ou colocam em desvantagem outro grupo, mas também aquelas que injustamente favorecem o próprio grupo do perpetrador, resultando em desvantagens relativas. Portanto, enquanto o preconceito é um fenômeno que pertence ao campo das ideias e dos processos mentais, a discriminação está, necessariamente, fundada no campo das ações e dos comportamentos (Bastos; Faerstein, 2012).

O racismo, no entanto, não se reduz apenas a um preconceito, um ato discriminatório ou mesmo a um conjunto de atos. Embora muitas vezes se manifeste em formas de discriminação racial interpessoal, o racismo é definido por seu caráter sistêmico. É um processo social no qual condições de subalternidade e privilégio são distribuídas entre grupos raciais e se reproduzem nos domínios da política, da economia e das interações cotidianas (Almeida, 2019; Bonilla-Silva, 2021).

Nos debates sobre a questão racial, é possível encontrar diversas definições e concepções de racismo. Almeida (2019) propõe três concepções: estrutural, institucional e individualista. Jones (2000), por sua vez, classifica-o como institucionalizado, mediado pessoalmente ou internalizado. Outra concepção amplamente empregada é a do racismo sistêmico (Bonilla-Silva, 2021). Reunimos as principais concepções referentes a esse tópico difundidas na literatura, que devem servir de base teórica para pesquisas antirracistas em saúde.

Racismo sistêmico, estrutural e institucional

Racismo sistêmico e estrutural referem-se a formas de racismo que estão profundamente enraizadas em sistemas, leis, políticas escritas ou

não escritas, práticas arraigadas e crenças e atitudes estabelecidas que produzem, toleram e perpetuam o tratamento injusto generalizado de pessoas racializadas (Almeida, 2019). Alguns autores fazem distinção entre esses dois conceitos, mas, neste artigo, ambos são utilizados de forma intercambiável, assim como apresentado por Bonilla-Silva (2021).

Discutir a respeito do racismo estrutural (ou sistêmico) não se trata de abordar um “tipo” de racismo. Como defendido por Almeida (2019), o racismo é intrinsecamente estrutural, pois constitui um elemento integrado na organização econômica e política da sociedade. Portanto, comportamentos individuais e processos institucionais derivam de uma sociedade na qual o racismo é a norma, não a exceção (Bonilla-Silva, 2021).

Gee e Ro (2009) ilustram o racismo por meio da metáfora de um iceberg: a parte visível representa o racismo explícito, que se manifesta em discriminação flagrante e crimes de ódio, tratamentos explicitamente racistas que podem ser relativamente fáceis de reconhecer; a base do iceberg – a parte muito maior, geralmente invisível e oculta – representa o racismo sistêmico e estrutural. Esta última é a parte mais perigosa do iceberg, pois está profundamente enraizada nos sistemas, muitas vezes sendo percebida como a ordem natural e inevitável das coisas.

O racismo também se manifesta de maneira profunda nas instituições, sendo, nesse contexto, denominado racismo institucional. Sob essa perspectiva, o racismo é entendido como resultado do funcionamento das instituições, que operam de maneira a conferir, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça. Dessa forma, o racismo permeia o cotidiano institucional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, resultando em amplas desigualdades e iniquidades. A desigualdade racial, portanto, é uma característica da sociedade não apenas devido a ações isoladas de grupos ou de indivíduos racistas, mas, principalmente, porque as instituições são dominadas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para promover seus interesses políticos e econômicos (Almeida, 2019; Werneck, 2016).

As instituições desempenham um papel fundamental na consolidação da supremacia branca, ou, de forma mais abrangente, da supremacia de um

gruporacial específico, ao formularem regras e imporem padrões sociais que concedem privilégios a esse grupo. Em todos os casos, o racismo institucional perpetua a desvantagem de pessoas pertencentes a grupos raciais ou étnicos discriminados no acesso aos benefícios proporcionados pelo Estado e por outras instituições e organizações (Almeida, 2019; López, 2012).

Compreendendo o racismo institucional como a negligência do Estado na garantia de serviços, obras, políticas públicas e direitos humanos, verifica-se a existência de uma relação entre racismo institucional e saúde ambiental (Jesus, 2020). Historicamente, populações pobres, despossuídas e pertencentes a minorias étnico-raciais têm sido alocadas próximas a instalações de esgoto e lixo e têm sido expostas a condições inadequadas de saneamento, devido a políticas ambientais discriminatórias. É importante destacar o caráter racial desse processo, pois alguns grupos são mais afetados do que outros, revelando que a desigualdade ambiental tem especificidade racial, conforme denuncia a concepção do chamado racismo ambiental (Acsegrad, 2004; Jesus, 2020).

Entende-se por racismo ambiental qualquer política, prática ou diretriz conduzida por instituições governamentais, jurídicas, econômicas, políticas e militares que afete ou prejudique de maneira racialmente diferenciada, voluntária ou involuntariamente, as condições ambientais de moradia, trabalho ou lazer de pessoas, grupos ou comunidades (Bullard, 2005). O racismo ambiental é uma forma de racismo institucional, pois a omissão de políticas públicas favorece a perpetuação de determinantes de desigualdades sociais e raciais no ambiente, resultando em iniquidades raciais, exploração política e enfrentamento dos piores problemas ambientais pelas comunidades negras (Acsegrad, 2004; Bullard, 2004; Jesus, 2020).

Destaca-se que as instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos. Dessa forma, pode-se afirmar que as instituições são racistas porque a sociedade é racista. Em outras palavras, o racismo não é algo criado pela instituição, mas sim reproduzido por ela. Isso não diminui o papel das instituições na perpetuação do racismo. Na verdade, em uma sociedade em que o racismo está presente

na vida cotidiana, as instituições que não abordarem ativamente a desigualdade racial, irão, facilmente, reproduzir as práticas racistas consideradas “normais” na sociedade (Almeida, 2019).

Racismo interpessoal e internalizado

O racismo interpessoal é caracterizado pelo preconceito (suposições acerca de habilidades, intenções e motivos por causa da raça do indivíduo) e discriminação (tratamento diferenciado devido à raça indivíduo) na vida cotidiana das pessoas. Pode ser intencional ou não intencional e inclui tanto atos de ação quanto atos de omissão. Manifesta-se por meio de desrespeito, atendimento precário ou inexistente, falta de informação sobre direitos, desconfiança, hiper vigilância e atos mais “sutis”, como mudar de calçada ou segurar a bolsa ao cruzar com pessoas negras (Jones, 2000).

Durante os séculos de exploração do trabalho escravo dos negros e da colonização dos povos indígenas, o racismo era expresso de maneira aberta, refletindo as normas sociais da época, que incluíam discriminação e exploração. Após a Segunda Guerra Mundial, ocorreram mudanças históricas significativas, como o surgimento dos movimentos pelos direitos civis nos Estados Unidos, os movimentos de libertação das antigas colônias europeias e a Declaração dos Direitos Humanos. A partir de então, as formas de racismo mudaram significativamente, passando de expressões mais explícitas para formas mais veladas. No entanto, ainda existem expressões flagrantes de racismo que, embora menos frequentes, têm consequências nefastas para os grupos estigmatizados (Lima; Vala, 2004).

Além de enfrentarem as consequências do racismo interpessoal, pessoas negras também podem reproduzir em seus comportamentos individuais o próprio racismo do qual são as maiores vítimas. Frantz Fanon (2020) foi um dos primeiros autores a explorar a assimilação do racismo por indivíduos dos grupos oprimidos, denominando esse processo de internalização ou epidermização da inferioridade. Segundo ele, essa inferiorização é resultado da exposição cotidiana a situações de opressão racial, que leva o indivíduo a questionar sua própria identidade e a sentir-se inferior.

O racismo internalizado refere-se à assimilação das concepções dominantes na sociedade sobre a inferioridade biológica e/ou cultural dos grupos racializados como verdadeiras. Isso pode se manifestar como um acolhimento da “brancura”, por meio, por exemplo, do uso de chapinhas e cremes descolorantes, da hierarquização por tons de pele dentro da própria comunidade negra; autodepreciação racial por meio de calúnias, apelidos pejorativos e rejeição da cultura ancestral; e sentimentos de resignação, desamparo e desesperança entre as pessoas negras (Jones, 2000).

O papel da branquitude na manutenção do racismo

Ao longo da história, a questão da raça tem sido frequentemente associada exclusivamente à cultura negra, e o racismo tem sido percebido como um fardo exclusivo para as pessoas negras. Nesse sentido, é comum que nas pesquisas críticas das relações raciais o objeto de estudo se restrinja à população negra. No entanto, a partir dos anos 1990, estudos críticos sobre a branquitude têm ganhado espaço, permitindo a reflexão sobre como a compreensão do racismo também se relaciona com os brancos (DiAngelo, 2018).

A branquitude é compreendida como uma posição na qual os indivíduos que a ocupam têm sido sistematicamente privilegiados em termos de acesso a recursos materiais e simbólicos. Esses privilégios têm suas origens no colonialismo e no imperialismo e persistem e são mantidos na contemporaneidade (Schucman, 2014).

De fato, os brancos vivem em uma sociedade que os protege e os desresponsabiliza das tensões e hierarquias raciais advindas do racismo sistêmico. No que tange à branquitude, conceitos importantes devem ser discutidos para que se entenda os mecanismos que legitimam e mantêm as hierarquias raciais, como é o caso da fragilidade branca elaborada por DiAngelo (2018) e o pacto narcísico entre brancos proposto por Bento (2022).

Segundo Ruth Frankenberg (2004), a branquitude constitui um lugar de neutralidade construída, por isso não é nomeada e tampouco problematizada. No entanto, as sociedades, os direitos, os bens, os

recursos e os privilégios foram construídos a partir da lógica da branquitude. Essa consiste no meio de dominação, o fim para qual a dominação aponta e o ponto de dominação que nunca cessa (DiAngelo, 2018).

Frankenberg (2004) descreve a branquitude como multidimensional. Suas dimensões incluem: (1) uma localização de vantagem estrutural; (2) um ponto de vista a partir do qual os brancos olham para si mesmos e para os outros; e (3) um acervo de práticas culturais não nomeadas e não reconhecidas.

Propor que a branquitude é uma localização de vantagem estrutural é reconhecer que ser branco é estar em uma posição privilegiada dentro da sociedade e das instituições, é ser visto como membro e ter a garantia dos benefícios do pertencimento. Os brancos controlam todas as maiores instituições da sociedade e determinam as políticas e práticas segundo as quais os outros devem viver. Em segundo lugar, entender a branquitude como um ponto de vista equivale a dizer que um aspecto significativo da identidade branca é ver-se como um indivíduo alheio ou isento de raça, “simplesmente humano”. Esse ponto de vista considera os brancos e seus interesses como centrais e representativos da humanidade como um todo. Os brancos ainda produzem e reforçam as narrativas sociais dominantes, como o individualismo e a meritocracia, e utilizam tais narrativas para explicar as posições de outros grupos raciais. Por fim, a compreensão da branquitude como uma série de práticas culturais não reconhecidas pelos próprios brancos implica entender o racismo como uma rede de normas e de ações que atribui vantagens para os brancos e desvantagens para os negros. As dimensões do racismo que beneficiam os brancos normalmente são invisíveis para eles, o que dificulta o reconhecimento e a admissão do privilégio branco e das normas que o sustentam (DiAngelo, 2018; Frankenberg, 2004).

Dessa forma, dar nome à branquitude, ou pelo menos considerar que ela tenha um significado e garanta vantagem indevida, é profundamente desconcertante e desestabilizador, desencadeando respostas defensivas da fragilidade branca, termo cunhado pela pesquisadora DiAngelo (2018). Pessoas brancas percebem toda tentativa de serem vinculadas ao sistema racista como uma ofensa moral perturbadora e injusta. Esse processo da fragilidade branca, embora acionado pelo

desconforto e pela ansiedade, nasce da sensação de superioridade e de direito. A fragilidade branca constitui um meio poderoso de controle racial branco e de proteção das vantagens brancas. Essas vantagens são conhecidas como “privilégio branco”, um conceito sociológico que descreve as vantagens consideradas normais pelos brancos, mas que não podem ser desfrutadas de maneira semelhante por outros grupos raciais (Diangelo, 2018).

Assim vem sendo construída a história de instituições e da sociedade, na qual a presença e a contribuição negras se tornam invisibilizadas. As instituições públicas, privadas e da sociedade civil definem, regulamentam e transmitem um modo de funcionamento que uniformiza não apenas processos, ferramentas e sistema de valores, mas também o perfil de seus empregados e de suas lideranças, que é majoritariamente masculino e branco. De acordo com Bento (2022), esse comportamento, conhecido como pacto da branquitude, apresenta um componente narcísico de autopreservação, como se o “diferente” ameaçasse o “normal”, o “universal”. Esse sentimento de ameaça e medo está na essência do preconceito, da representação que é feita do outro e da forma como reagimos a ele.

O silenciamento, as atitudes defensivas e outras formas de contra-ataque pelos brancos não são respostas naturais, mas sim forças sociais que os impedem de atingir o conhecimento racial que precisam para que se envolvam mais profundamente. Além disso, funcionam para sustentar poderosamente a hierarquia racial no lugar em que ela se encontra. Essas forças sociais incluem as ideologias do individualismo e da meritocracia, que propagam a ideia de que basta o desejo individual para alcançar ascensão social, econômica e cultural. A meritocracia está articulada com o apagamento da conscientização sobre o racismo estrutural, as desigualdades sociais e educacionais e as exclusões da população não branca (Diangelo, 2018).

Assim, ampliar o foco sobre o legado concreto e simbólico do segmento branco na história do Brasil e seu impacto nas desiguais condições de vida de brancos e negros na atualidade é imprescindível para redefinir o lugar da branquitude e enfrentar o racismo (Bento, 2022).

O racismo e a pesquisa científica

A pesquisa científica exerceu um papel importante na construção e na validação do racismo na sociedade. Ao longo dos anos, o estudo sistemático dos construtos relacionados ao preconceito e à discriminação passou por diversas transformações (Bastos; Faerstein, 2012).

No período que compreende todo o século XIX até o início do século XX, praticamente toda a reflexão científica acumulada, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, considerava a raça e a superioridade/inferioridade racial como fatos inquestionáveis e naturais. As teorias raciais propagadas a partir da metade do século XIX baseavam-se nos postulados do racismo científico, cuja ideia era que a humanidade estava dividida em raças e que, adicionalmente, essas raças formavam uma hierarquia biológica na qual os brancos ocupam posição superior (Santos; Silva, 2018).

Nessa época, eram desenvolvidos, inclusive, testes de inteligência que “comprovavam” a superioridade da suposta raça branca. Nesse sentido, considerando-se a inferioridade desses estratos populacionais como natural e justificada cientificamente, nada restava a fazer senão explorá-los e mantê-los afastados dos indivíduos reconhecidamente superiores (Bastos; Faerstein, 2012).

No contexto brasileiro, o racismo científico apoiou outra pauta fundamental: a discussão sobre a mistura de raças e os riscos de degeneração dela decorrente. A ideia de “embraquecimento” foi, antes de tudo, uma maneira de racionalizar os sentimentos de inferioridade racial instalados pelo racismo científico do século XIX. A tese do branqueamento baseava-se precisamente na presunção da superioridade branca. Dessa forma, a população negra diminuiria progressivamente em relação à branca, e a miscigenação produzia “naturalmente” uma população mais clara (em parte porque o gene branco seria mais forte e em parte porque as pessoas tenderiam a escolher parceiros mais claros) (Santos; Silva, 2018).

A partir de 1920, época já menos marcada pelo racismo científico, iniciou-se o que foi denominado como a primeira grande tendência no estudo do preconceito, estereótipo e discriminação. As pesquisas preocupavam-se em medir e descrever

o problema, de modo a propiciar seu monitoramento. No entanto, o preconceito era concebido como um fenômeno inerente à humanidade e parte de processos psicológicos normais, tais como os mecanismos de defesa. A solução proposta foi a de tornar as categorias sociais mais similares entre si, isto é, fazer mais semelhantes as vítimas e os perpetradores dos vieses sociais. Porém, a partir da Segunda Guerra Mundial, especialmente pelo caráter genocida e eugênico que essa guerra assumiu, o preconceito deixou de ser visto como um processo intrapsíquico normal e passou a ser tomado como uma expressão de carência interior, atributo de um tipo particular de “personalidade perturbada”. Os estudiosos pressupunham que a origem do problema (especialmente a do preconceito) estaria nas relações familiares, em sentimentos de desajustamento pessoal e em processos psicodinâmicos específicos. Assim, a tendência para o preconceito e para a discriminação estava confinada a determinados sujeitos “doentes” (Bastos; Faerstein, 2012).

Já entre 1960 e 1990, surgiram rupturas importantes com essas formas de pensar. A ênfase nos aspectos psicológicos do preconceito e da discriminação foi reduzida, e tornaram-se relativamente mais apreciadas as abordagens sociológicas sobre tais fenômenos. Do ponto de vista sociopolítico, emergiu uma compreensão de que as desigualdades entre os grupos sociais, tanto econômica quanto política e socialmente, deveriam ser combatidas para a redução da discriminação e do preconceito. A partir de 1990 surge, finalmente, a terceira grande tendência no estudo dos construtos relacionados ao preconceito e à discriminação. Aplicável até os dias de hoje, essa tendência privilegia uma perspectiva multidimensional do preconceito, entendendo-o como um fenômeno complexo influenciado por ideologias, diferenças individuais e relações de poder. Nesse sentido, a partir dos anos 1990, o papel do racismo como determinante de padrões de desigualdades étnico-raciais, inclusive na saúde, vem sendo investigado e reconhecido de forma crescente na literatura científica, originando a corrente de pesquisas antirracistas (Bastos; Faerstein, 2012).

Metodologias para a mensuração do racismo

Um desafio frequentemente enfrentado pelos pesquisadores da área refere-se às formas de mensuração do racismo. Como um fenômeno complexo e multinível (Lamenha-Lins *et al.*, 2022), sua abordagem apresenta desafios teóricos e metodológicos (Bastos; Faerstein, 2012).

Mensuração do racismo no nível estrutural

Apesar da sua importância, a pesquisa empírica tem sido lenta em quantificar o racismo estrutural e o impacto que ele exerce na saúde dos indivíduos (Fleming; Raskin; Brody, 2022).

A literatura sobre os efeitos do racismo na saúde tem sido dominada por percepções individuais de discriminação ou tratamento injusto nas interações com outros indivíduos. Apesar da indiscutível importância em estudar e debater a via interpessoal da discriminação, seu papel isolado não é suficiente para concentrar o enfoque das iniquidades. O racismo estrutural é a forma mais importante pela qual o racismo afeta a saúde. Os estudos sobre o tema devem buscar compreender “onde”, “quando” e “como” essas estruturas são originadas e mantidas para que, assim, sejam construídas estratégias para a sua desarticulação e consequente redução das iniquidades (Lamenha-Lins *et al.*, 2022).

Não está clara a melhor forma de operacionalizar o racismo estrutural para estudar seus efeitos na saúde da população. As dificuldades na operacionalização de medidas de racismo estrutural podem surgir de sua própria natureza, como uma característica intrinsecamente complexa e insidiosa de nossa sociedade. Portanto, o desenvolvimento de formas mais sólidas de medir o racismo estrutural é uma questão urgente de saúde pública (Hardeman *et al.*, 2022).

Uma limitação das pesquisas sobre racismo estrutural refere-se à disponibilidade de dados nos níveis estruturais. Os tipos de medidas estruturais que podem ser usadas dependem do contexto social e histórico. As pesquisas sobre o tema têm incluído medidas de diferentes domínios, sistemas

e instituições, como habitação, educação, emprego, rendimentos, benefícios, crédito, mídia, saúde, justiça criminal, crenças e valores sociais, entre outros (Bailey *et al.*, 2017). Outros autores, como Groos *et al.* (2018), incentivam os pesquisadores a abordar ainda mais os impactos contínuos das leis de seguridade social, desigualdades ambientais e de saúde ocupacional, mídia e marketing, investimento em bairros e o impacto subsequente na disponibilidade de serviços de saúde e qualidade do atendimento, os impactos de projetos de “renovação urbana”, educação, supressão de eleitores e aspectos mais sutis do sistema de justiça criminal, além do número de prisões e percentual de encarceramento.

Os dados mais usados para medir o racismo estrutural geralmente utilizam estimativas populacionais de censos. No entanto, esses dados, publicamente disponíveis, concentram-se principalmente na composição da unidade geográfica que está sendo analisada e não no contexto que se acredita estar afetando os residentes. Nesse sentido, para expandir a medição do racismo estrutural, é interessante buscar novas fontes de dados que capturem aspectos pouco estudados do fenômeno (Hardeman *et al.*, 2022).

A unidade de área mais apropriada para a medição do racismo estrutural é um debate incerto entre os estudiosos. Medir o racismo estrutural em diferentes escalas geográficas (ou seja, setor censitário, município ou estado) causa o problema da unidade de área modificável, o que contribui para descobertas inconsistentes sobre os efeitos do racismo estrutural na saúde. Esse problema surge porque os limites projetados para agrupar populações são arbitrários – meras aproximações da demografia da população subjacente. À medida que os limites mudam, tanto o denominador quanto o numerador do que está sendo medido também mudam. Para que o impacto do problema da unidade de área modificável no racismo estrutural e na pesquisa em saúde seja minimizado, a escolha da unidade de área de medida deve ser cuidadosamente considerada. Por exemplo, para estudar o impacto de políticas e práticas racistas destinadas a manter os negros fora de bairros predominantemente brancos, os pesquisadores têm utilizado grupos de blocos censitários como unidades de medida.

Para examinar o papel dos estados como agentes de racismo estrutural, a medição no nível estadual é apropriada. Para o racismo estrutural que atua no mercado de trabalho sem fronteiras rígidas, propõe-se a mensuração por zonas de deslocamento (Hardeman *et al.*, 2022).

O bairro ou vizinhança tem sido um nível geográfico amplamente utilizado nos estudos sobre racismo estrutural. A literatura demonstra que indivíduos pertencentes a um mesmo agrupamento populacional, como pessoas residentes em um mesmo bairro, podem apresentar um número maior de características comuns, incluindo a situação de saúde, quando comparados a outros agrupamentos humanos. Essa semelhança pode ocorrer porque as condições da vizinhança contribuem para que todos os indivíduos tenham os mesmos níveis de saúde (efeito contextual), ou porque compartilham um maior número de fatores individuais em comum (efeito composicional) (Höfelmann *et al.*, 2013). Entende-se que o agrupamento observado de comportamentos e resultados de saúde em ambientes hiperlocais é em parte resultado do próprio contexto do bairro, e não dos indivíduos que vivem lá. Do ponto de vista do estudo do racismo estrutural, isso se deve em parte à segregação residencial racial e às práticas e políticas institucionais e individuais que criam e mantêm a separação física das comunidades brancas (Hardeman *et al.*, 2022).

Além da coleta de dados censitários, existem diversos instrumentos que possibilitam a caracterização subjetiva do ambiente, variando de acordo com o objetivo e a população-alvo de cada estudo. A partir desses instrumentos, é possível obter um grande número de variáveis e avaliar um grande número de indivíduos, ou construir variáveis contextuais que descrevem o ambiente percebido, agregando respostas individuais sobre os atributos do ambiente em uma unidade de contexto. Estudos que combinam medidas obtidas a partir da percepção dos residentes e de levantamentos censitários tendem a encontrar relações mais fortes entre ambiente e resultados de saúde do que estudos que se baseiam apenas em dados agregados. Contudo, as evidências sugerem que ambas as formas de medidas, objetiva e subjetiva, podem influenciar de forma independente a saúde, permitindo que as

medidas autopercebidas atuem como mediadoras das associações entre características objetivas e a saúde (Höfelmann *et al.*, 2013).

Mensuração do racismo no nível interpessoal

Os efeitos da discriminação interpessoal sobre os resultados relacionados à saúde têm sido frequentemente avaliados a partir do uso de escalas de experiências de discriminação. Essas escalas são projetadas para questionar os entrevistados acerca de suas experiências de discriminação com base na raça, permitindo o exame da relação entre discriminação e problemas de saúde (Bastos; Faerstein, 2012).

Existem diversos instrumentos disponíveis na literatura para a avaliação da discriminação a nível interpessoal. No Brasil, os estudos sobre discriminação e saúde têm se apoiado, principalmente, no uso de 4 escalas: (1) *Experiences of Discrimination Scale (EoD)*; (2) *Major Experiences of Discrimination Scale (MEDS)*; (3) *Schedule of Racist Events (SER)*; e (4) *Escala de Discriminação Explícita (EDE)*.

Os instrumentos que avaliam experiências discriminatórias podem ser divididos em dois grupos: aqueles que questionam os respondentes sobre a exposição a experiências de discriminação em domínios específicos da vida e aqueles que enfatizam aspectos psicossociais das relações interpessoais, produzindo pouca ou nenhuma informação sobre o local de ocorrência dos eventos. Em termos de qualidade da informação produzida e das implicações sociopolíticas resultantes, consideram-se mais apropriados os questionários que abordam explicitamente os domínios de ocorrência da discriminação. Tais questionários apresentam vantagens na investigação do fenômeno, uma vez que a ligação das experiências discriminatórias com domínios específicos da vida promove uma melhor contextualização cognitiva da pergunta e, conseqüentemente, a produção de respostas mais precisas pelos entrevistados. Além disso, a identificação dos domínios nos quais a discriminação se manifesta com maior frequência informa estratégias de priorização e ações de combate ao fenômeno (Bastos; Faerstein, 2012).

Algumas limitações inerentes aos instrumentos de discriminação explícita devem ser destacadas.

Em primeiro lugar, há o risco de subestimação das experiências discriminatórias vividas, seja pelas formas sutis por meio das quais essas podem se materializar, ou pela internalização do fenômeno, em que membros de grupos subordinados podem interpretar sua condição de desvantagem e tratamentos injustos aos quais são submetidos como situações naturais ou normais e, portanto, não necessariamente discriminatórias. A tendência de fornecer respostas socialmente desejáveis também pode contribuir para uma subestimação dos relatos. Menos frequentemente, a ocorrência de discriminação também pode ser superestimada por indivíduos que, devido ao contexto de opressão ao qual estão submetidos, podem identificar como discriminatórias atitudes que na verdade não são (Krieger, 2003).

Apesar das limitações, os instrumentos que buscam medir a discriminação têm valor inestimável na pesquisa sobre o tema. Especificamente, eles têm a capacidade de produzir informações sobre a ocorrência de experiências discriminatórias explícitas e sua distribuição nas populações e domínios investigados, além de permitirem o exame de suas relações com desfechos e desigualdades em saúde (Bastos; Faerstein, 2012).

Mensuração do racismo no nível internalizado

Para a avaliação do racismo internalizado, duas formas de medições podem ser usadas: as explícitas e implícitas. As medidas explícitas capturam a expressão aberta de atitudes, envolvendo a avaliação consciente de estímulos. Por outro lado, as medidas implícitas permitem a avaliação indireta de atitudes fora da consciência (James, 2020).

Há uma grande variedade de instrumentos para avaliar a discriminação internalizada explícita. Uma revisão de literatura recente sobre saúde e racismo internalizado identificou 48 instrumentos validados para esse tipo de discriminação (James, 2020).

Os Testes de Associação Implícita (TAI) foram desenvolvidos a fim de capturar de forma mais sutil o racismo internalizado que se manifesta de forma implícita (David; Schroeder; Fernandez, 2019). Esses testes possibilitam superar algumas das limitações dos instrumentos de discriminação,

pois conseguem captar atitudes implícitas, ou seja, aquelas que o próprio agente não tem consciência de sua existência, estando acessíveis somente por meio de procedimentos ou exercícios específicos (Bastos; Faerstein, 2012).

Considerações finais

O reconhecimento de que o racismo desempenha um papel crucial nas iniquidades em saúde não exime os profissionais, pesquisadores e gestores em saúde de suas responsabilidades. Sublinha-se que a pesquisa científica foi fundamental para a construção do pensamento racial ao longo dos anos. Portanto, é urgente que esta adote um caráter antirracista, fornecendo subsídios para a construção de intervenções eficazes contra o racismo, levando em conta suas diversas manifestações.

Acredita-se que a redução das iniquidades em saúde entre grupos raciais marginalizados e privilegiados requer um maior enfoque no contexto histórico, social e político das relações de poder na sociedade. Nesse sentido, este estudo contribui para a agenda de pesquisa antirracista, oferecendo fundamentação teórica e abordagens metodológicas para a realização de pesquisas que tenham o racismo como foco central e visem à equidade racial em saúde.

Referências

- ALMEIDA, S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019.
- ACSELRAD, H. Justiça ambiental: ação coletiva e estratégias argumentativas. In: ACSELRAD, H.; HERCULANO, S.; PÁDUA, J. A. (org.). *Justiça ambiental e cidadania*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. p. 23-39.
- BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. *Discriminação e saúde: perspectivas e métodos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- BASTOS, J. L. *et al.* Advancing racial equity in oral health (research): more of the same is not enough. *European Journal of Oral Sciences*, Copenhagen, v. 128, n. 6, p. 459-466, 2020.
- BAILEY, Z. D. *et al.* Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet*, Londres, v. 389, n. 10077, p. 1453-1463, 2017.
- BENTO, C. *O pacto da branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
- BONILLA-SILVA, E. What Makes Systemic Racism Systemic? *Sociological Inquiry*, [s. l.], v. 91, n. 3, p. 513-533, 2021.
- BULLARD, R. Enfrentando o racismo ambiental no século XXI. In: ACSELRAD, H.; HERCULANO, S.; PÁDUA, J. A. (org.). *Justiça ambiental e cidadania*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. p. 41-68.
- BULLARD, R. Ética e racismo ambiental. *Revista Eco 21*, Rio de Janeiro, ano XV, n. 98, 2005.
- CRUZ, S. S. Mito da democracia racial e estado brasileiro: a materialidade da fantasia. *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, Vitória, v. 16, n. 1, p. 1-19, 2018.
- DAVID, E. J. R.; SCHROEDER, T. M.; FERNANDEZ, J. Internalized racism: a systematic review of the psychological literature on racism's most insidious consequence. *Journal of Social Issues*, Washington, DC, v. 75, n. 4, p. 1057-1086, 2019.
- DIANGELO, R. Não basta não ser racista: sejamos antirracistas. São Paulo: Faro Editorial, 2018.
- FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. São Paulo: Ubu, 2020.
- FLEMING, E.; RASKIN, S. E.; BRODY, E. From describing disparities to understanding why disparities exist: Anti-racist methods to support dental public health research. *Journal of Public Health Dentistry*, Raleigh, v. 82, suppl 1, p. 73-78, 2022.
- FRANKENBERG, R. A miragem de uma branquitude não-marcada. In: WARE, V. (org.). *Branquitude: identidade branca e multiculturalismo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- GEE, G. C.; RO, A. Racism and discrimination. In: TRINH-SHEVRIN, C.; ISLAM, N. S.; REY, M. J. *Asian American communities and health: context, research, policy, and action*. San Francisco: Jossey Bass, 2009.
- GOLDBERG, D. T. Modernity, race and morality. In: ESSED, P.; GOLDBERG, D. T. (org.). *Race*

- critical theories, text and context. Malden e Oxford: Blackwell Publishers, 2002.
- GROOS, M. *et al.* Measuring inequity: a systematic review of methods used to quantify structural racism. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, Las Vegas, v. 11, n. 2, 2018.
- GUIMARÃES, A. S. Classes, raças e democracia. São Paulo: Editora 34, 2002.
- HARDEMAN, R. R. *et al.* Improving the measurement of structural racism to achieve antiracist health policy. *Health Affairs*, Millwood, v. 41, n. 2, p. 179-86, 2022.
- HÖFELMANN, D. A. *et al.* Perceived neighborhood problems: multilevel analysis to evaluate psychometric properties in a Southern adult Brazilian population. *BMC Public Health*, Londres, v. 13, n. 1085, p. 1-10, 2013.
- JAMES, D. Health and Health-Related Correlates of Internalized Racism Among Racial/Ethnic Minorities: a Review of the Literature. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, Berlim, v. 7, n. 4, p. 785-806, 2020.
- JESUS, V. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. e180519, 2020.
- JONES, C. P. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 90, n. 8, p. 1212-1215, 2000.
- KRIEGER, N. Does Racism Harm Health? Did Child Abuse Exist Before 1962? On Explicit Questions, Critical Science, and Current Controversies: An Ecosocial Perspective. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 93, n. 2, p. 194-199, 2003.
- LAMENHA-LINS, R. M. *et al.* *Racismo estrutural e saúde bucal*. Belo Horizonte: Comissão Editorial FAO UFMG, 2022.
- LIMA, M. E. O.; VALA, J. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 3, p. 401-411, 2004.
- LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, 2012.
- MAIA, K. S.; ZAMORA, M. H. N. O Brasil e a lógica racial: do branqueamento à produção de subjetividade do racismo. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 265-286, 2018.
- MUNANGA, K. A difícil tarefa de definir quem é negro no Brasil. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 51-66, 2004.
- NEVES, J. P. S.; SILVA, M. A. M. O mito da democracia racial: contexto histórico brasileiro e a construção do racismo no Brasil. *Revista Educar Mais*, Pelotas, v. 3, n. 2, p. 158-166, 2019.
- OLIVEIRA, P. E. *O sistema de classificação de cor e raça do estado brasileiro na formação da identidade afro-brasileira*. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.
- SANTOS, R. A.; SILVA, R. M. N. B. Racismo científico no Brasil: um retrato racial do Brasil pós-escravatura. *Educar em Revista*, Curitiba, v. 34, n. 68, p. 253-268, 2018.
- SCHUCMAN, L. V. Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 83-94, 2014.
- SILVA, T. S. O colorismo e suas bases históricas discriminatórias. *Revista Direito UNIFACS - Debate Virtual*, Salvador, v. 211, p. 1-19, 2017.
- WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

Contribuição dos autores

ROC trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; na redação do artigo e sua revisão crítica; e na aprovação da versão a ser publicada. ICGL trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; na redação do artigo e sua revisão crítica; e na aprovação da versão a ser publicada. MCN trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; na redação do artigo e sua revisão crítica; e na aprovação da versão a ser publicada. DTC trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; na redação do artigo e sua revisão crítica; e na aprovação da versão a ser publicada.

Recebido: 08/09/2023

Reapresentado: 02/07/2024

Aprovado: 17/09/2024

APÊNDICE E – Artigo “Interfaces entre racismo e Odontologia – necessidade de reconhecer para mudar: uma revisão narrativa”, publicado na *Revista da ABENO*

Interfaces entre racismo e Odontologia – Cunha RO et al.



Interfaces entre racismo e Odontologia – necessidade de reconhecer para mudar: uma revisão narrativa

Rafaela de Oliveira Cunha¹

0000-0001-9308-9702

Isabel Cristina Gonçalves Leite²

0000-0003-1258-7331

Mário Clírio Nogueira²

0000-0001-9688-4557

Danielle Teles da Cruz²

0000-0001-6917-1375

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

²Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Correspondência:
Rafaela de Oliveira Cunha
E-mail: rafaeladeoliveiracunha@gmail.com

Recebido: 24 nov. 2023

Aprovado: 16 fev. 2024

Última revisão: 14 mar. 2024

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.en>



Resumo O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura acerca das interfaces entre racismo e a Odontologia. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) via PubMed e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), entre janeiro e outubro de 2023, a partir da combinação dos descritores "racism", "dentistry" e "oral health". Foram selecionadas para compor esta revisão publicações sobre as interseções entre o racismo, a educação e a prática odontológica. Foi possível identificar que a Odontologia sofre influência do racismo e atua na manutenção e na legitimação desse sistema de opressão. A falta de diversidade racial entre profissionais, docentes e estudantes da área, currículos de Odontologia pouco problematizadores, a falta de competência cultural dos profissionais e o viés racial na indicação de tratamentos odontológicos são pontos importantes elencados na literatura sobre as ligações entre racismo e Odontologia. Mudar esta realidade implica enquadrar o antirracismo como prioridade no ensino e na prática odontológica. Para que isso aconteça, é necessário, essencialmente, aceitar que o racismo existe e que seus fundamentos históricos ainda impactam e moldam a profissão.

Descritores: Racismo. Racismo Sistêmico. Odontologia. Educação em Odontologia. Antirracismo.

Interfaces entre racismo y odontología – la necesidad de reconocer para cambiar: una revisión narrativa

Resumen

El objetivo de este estudio fue realizar una revisión narrativa de la literatura sobre las interfaces entre racismo y odontología. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) via PubMed y BVS (Biblioteca Virtual de Salud), entre enero y octubre de 2023, utilizando los descriptores "racism", "dentistry" y "oral health". Para componer esta revisión se seleccionaron publicaciones sobre las intersecciones entre el racismo, la educación y la práctica dental. Se pudo identificar que la odontología está influenciada por el racismo y trabaja para mantener y legitimar este sistema de opresión. La falta de diversidad racial entre los profesionales, profesores y estudiantes de la especialidad, los currículos odontológicos poco problematizadores, la falta de competencia cultural entre los profesionales y el sesgo racial en la indicación de los tratamientos odontológicos son puntos importantes enumerados en la literatura sobre los vínculos entre racismo y odontología. Cambiar esta realidad implica hacer del antirracismo una prioridad en la enseñanza y la práctica odontológicas. Para que esto ocurra, es esencialmente necesario aceptar que el racismo existe y que sus fundamentos históricos aún impactan y moldean la profesión.

Descriptores: Racismo. Racismo Sistemático. Odontología. Educación en Odontología. Antirracismo.

Interfaces between racism and dentistry – the need to recognize in order to change: a literature review

Abstract

The current study aimed at carrying out a narrative literature review about the interfaces between Racism and Dentistry. The bibliographic search was conducted on the PubMed and BVS (*Biblioteca Virtual de Saúde*) databases between January and October 2023, using the following descriptors: "racism", "dentistry" and "oral health". Publications on the intersections between racism, education and dental practice were

selected to comprise this review. It was possible to identify that Dentistry is influenced by racism and works to maintain and legitimize this system of oppression. The absence of racial diversity among professionals, teachers and students in the field, unproblematizing dental curricula, the lack of cultural competence among professionals and the racial bias in the indication of dental treatments are important points listed in the literature on the links between Racism and Dentistry. Changing this reality implies making anti-racism a priority in dental teaching and practice. For this to happen, it is essentially necessary to accept that racism exists and that its historical foundations still impact and shape the profession.

Descriptors: Racism. Systemic Racism. Dentistry. Education. Dental. Antiracism.

INTRODUÇÃO

O racismo é um elemento estrutural e estruturante das relações sociais. Trata-se de um sistema gerador de comportamentos, práticas e crenças que fundamentam desigualdades evitáveis e injustas entre grupos sociais, baseadas na raça ou etnia¹. O racismo não se reduz apenas a um preconceito, um ato discriminatório ou mesmo a um conjunto de atos. Apesar de se materializar, muitas vezes, em atos de discriminação racial, o racismo é definido pelo seu caráter sistêmico. É um processo social em que condições de subalternidade e de privilégio se distribuem entre grupos raciais e se reproduzem nos âmbitos da política, da economia e das relações cotidianas^{2,3}. Assim, o racismo vem determinando, ao longo do tempo, os lugares sociais das pessoas em decorrência da sua raça ou etnia¹.

No que se refere especificamente à prática da Odontologia, apesar de os cuidados em saúde bucal serem amplamente objeto de reflexões e pesquisas, a literatura aponta que há escassez de questionamentos que problematizem os cuidados em saúde bucal as práticas discriminatórias, principalmente as de motivações raciais⁴.

Uma corrente recente de estudos tem mostrado que racismo estrutural se manifesta na Odontologia de forma sinérgica, tanto do lado do paciente como do profissional: os grupos raciais oprimidos não têm acesso nem aos cuidados odontológicos, nem à profissão. Além disso, o racismo estrutural molda as práticas profissionais na Odontologia, que são normatizadas tendo como referência o ideal branco^{5,6,7}.

Como a Odontologia e a educação odontológica estão profundamente enraizadas e ligadas às estruturas sociais, suas políticas e práticas têm consciente e inconscientemente normalizado e reproduzido o racismo, que reforça o conceito de pessoas negras como inerentemente inferiores⁸. Nesse sentido, a literatura tem evidenciado a presença de comportamentos discriminatórios⁹ e viés clínico na indicação de tratamentos de acordo com a raça do paciente por cirurgiões-dentistas^{10,11,12}. Na educação odontológica, o racismo se materializa na baixa representatividade de grupos raciais oprimidos entre o corpo discente e docente, e na predominância de currículos acadêmicos pouco problematizadores, que refletem e perpetuam o sistema de opressão racial incrustado na sociedade, reforçam o paradigma biomédico e negligenciam a dimensões ética, humanística e social^{4,6,7,12}.

Na sociedade contemporânea, o racismo se dá de forma velada e, dessa forma, dificilmente se assume a sua existência. O Brasil, em especial, busca sustentar a imagem de um país cordial, caracterizado pela presença de um povo pacífico, sem preconceito de raça e religião¹³. Essa negação visa justamente sustentar a hierarquia racial no lugar em que ela se encontra, contribuindo para a manutenção do racismo e do privilégio branco¹⁴. Nesse sentido, acredita-se que reconhecer e evidenciar a existência do racismo na Odontologia seja o primeiro passo para a mudança.

Frente ao exposto, este estudo teve como objetivo realizar uma revisão crítica da literatura acerca das interfaces entre racismo e a Odontologia, evidenciando a existência deste problema e visando contribuir para proposição de mudanças para que se possa alcançar um ensino e uma prática odontológica pautados no antirracismo.

REVISÃO DA LITERATURA

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, método apropriado para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. Por meio dele, é possível se obter uma ampla descrição sobre o assunto, mas sem a necessidade de esgotar todas as fontes de informação, visto

que sua realização não é feita por busca e análise sistemática dos dados. Sua importância está na rápida atualização do conhecimento acerca de determinado tema^{15,16}.

A pergunta norteadora desta revisão foi: "Quais as interfaces entre racismo e Odontologia?". Para responder a esta pergunta foi realizada uma busca de artigos nas bases de dados Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) via PubMed e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) entre janeiro e outubro de 2023, a partir da combinação dos seguintes descritores: "racism", "dentistry", "oral health" (*Medical Subject Headings* - MeSH) e suas respectivas versões em português (Descritores em Ciências da Saúde - DeCS). Para formar a estratégia de busca foi utilizado o operador booleano "AND". Não houve restrição de idioma ou ano de publicação. Como complemento, foi realizada também uma busca na literatura cinzenta sobre o tema.

Foram incluídos nesta revisão artigos, livros e outros materiais publicados em periódicos científicos, tais como editoriais, comentários e comunicações rápidas, sobre as relações entre o racismo, a educação e a prática odontológica. Não foram adotados critérios de exclusão quanto ao idioma ou data de publicação.

A literatura mostra que a primeira forma a partir da qual o racismo se materializa na Odontologia é na falta de diversidade racial entre profissionais, docentes e estudantes da área^{6,17}. Como consequência da falta de representação negra na academia e nos espaços de tomada de decisão, tem-se a existência de currículos pouco problematizadores, que culminam na formação de profissionais com pouca ou nenhuma competência cultural. A competência cultural diz respeito à capacidade de realizar um cuidado efetivo, compreensivo e respeitoso, de maneira compatível com as crenças e práticas culturais de saúde do usuário^{4,12}. Portanto, o perfil do profissional formado é marcado pela branquitude e pela ausência de competência cultural, o que culmina em uma prática odontológica produtora, reprodutora e mantenedora do racismo, com atitudes que incluem viés racial na indicação de procedimentos e no tratamento com o paciente por parte dos profissionais^{6,12,17,18}.

A análise da literatura disponível sobre o tema possibilitou categorizar as interfaces entre racismo e a Odontologia em duas perspectivas que são discutidas a seguir: I) o racismo na formação em Odontologia e II) o racismo na prática odontológica.

O racismo na formação em Odontologia: falta de diversidade racial e currículos acadêmicos pouco problematizadores

É importante notar que o caminho para a profissão odontológica ocorre dentro da sociedade em geral, assim, os ambientes das escolas de Odontologia são microcosmos da sociedade em geral¹⁹. Nesse sentido, a falta de diversidade racial na Odontologia não é surpreendente ao se considerar o alto custo da formação e as disparidades existentes de renda, riqueza e nível de educação entre os grupos raciais em decorrência do racismo estrutural e da sobreposição entre sistemas de exploração e opressão⁷. Como consequência, o elitismo e a branquitude marcam o perfil do corpo docente, de estudantes e dos profissionais da Odontologia que são formados em todo o mundo⁶.

Os estudantes de Odontologia negros frequentam instituições de ensino superior onde ideologias racistas e estereótipos antinegros permeiam os seus espaços sociais e de aprendizagem, particularmente em faculdades e universidades historicamente brancas¹⁶. Estudos demonstraram que os estudantes negros recebem e suportam mensagens discriminatórias de não pertencimento ao espaço acadêmico, além de serem tratados como preguiçosos, criminosos e menos inteligentes do que os seus pares não-negros. Como consequência, os estudantes negros podem se sentir discriminados, desmoralizados e excluídos, apresentando sentimento de não pertencimento, estresse de minoria, baixa autoestima e síndrome do impostor, duvidando das suas próprias habilidades e se sentindo como farsantes^{17,19,20}.

No caso específico do Brasil, embora o sistema de cotas possibilite maior acesso da população negra ao ensino superior, os universitários negros continuam a viver dificuldades no que diz respeito à permanência no curso de graduação devido a poucas condições financeiras. Além disso, universitários brasileiros negros relatam que o ambiente acadêmico por vezes se mostra como um local hostil e segregador²¹.

O sistema de cotas raciais em instituições de ensino superior da rede federal constitui uma importante ferramenta no Brasil de reparação histórica e tentativa de diminuição da desigualdade social entre pessoas brancas e negras no ensino

superior²¹. Segundo o Estudo das Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil, estudantes pretos ou pardos compunham 50,3% das universidades públicas brasileiras e 46,6% das universidades privadas²².

Lopes, Silva e Ferreira (2021)²³, em um estudo envolvendo a Universidade Federal de Alfenas, realizaram uma simulação acerca do ingresso de estudantes negros, caso não houvesse o sistema de ações afirmativas e reserva de vagas para essa população, e concluíram que na área de Ciências Biológicas e da Saúde, a maior parte dos estudantes autodeclarados pretos, pardos e indígenas da rede pública que se candidataram nessas áreas não teria ingressado sem a Lei de Cotas²⁴, resultado que fica ainda mais acentuado quando a autodeclaração racial e a renda se interceptam. Dados como esse reforçam a importância das políticas de ações afirmativas no âmbito das universidades. No entanto, políticas para a permanência dos estudantes negros nos cursos, especialmente na odontologia também devem ser pensadas, levando em consideração que as desigualdades são sociorraciais²¹.

O curso de Odontologia conta com a exigência de uma ampla e onerosa lista de instrumentais e materiais²⁵. Santos *et al.* (2015)²⁵ realizaram um levantamento em uma universidade pública a respeito do valor da lista completa dos instrumentais e estimaram um alto investimento financeiro para cada estudante durante todo o curso, o que correspondia, em 2014, a aproximadamente 24 salários mínimos da época. O estudo de Martins, Menezes e Queiroz (2019)²⁶ mostrou que essa é uma preocupação constante e um grande desafio para 80% dos estudantes de Odontologia que participaram do estudo. O custo financeiro do curso é considerado até mesmo um impedimento para a permanência de estudantes de baixa renda²⁷. Além disso, os estudantes que adquirem instrumentais de menor qualidade devido à sua condição financeira sofrem discriminação por parte dos professores²⁶.

Da mesma maneira que os estudantes negros experimentam os efeitos negativos do racismo em instituições predominantemente brancas, os professores negros também são afetados. Embora haja pouca investigação que descreva as experiências dos docentes negros nas escolas de Odontologia, pesquisas na área da Medicina e Enfermagem sugerem que os docentes negros podem experimentar, além da síndrome do impostor, do chamado *minority tax* (traduzido para o português como "imposto minoritário") que impede a sua carreira e promoção profissional^{28,29}. O "imposto minoritário" é definido como a "imposição de responsabilidades adicionais aos docentes de grupos raciais minoritários em nome dos esforços para alcançar a diversidade". Para o corpo docente negro, o "imposto minoritário" se materializa, por exemplo, no serviço não remunerado em que o corpo docente deve orientar alunos e funcionários negros, no trabalho em funções não designadas, na troca de tempo clínico em serviço comunitário e no recebimento de trabalho adicional que impede sua capacidade de cumprir os padrões de promoção e posse. É certo que, mesmo em uma instituição que se esforça para ser humanista, os efeitos aditivos do "imposto minoritário" e da síndrome do impostor podem acumular-se como experiências de estresse baseado na raça e, se persistentes, de trauma racial¹⁷.

Estudos ressaltam a importância de se aumentar a diversidade racial na Odontologia e mostram que um corpo docente racialmente diverso afeta positivamente os resultados de aprendizagem, ajuda a quebrar estereótipos e tem um grande impacto no desenvolvimento pessoal dos alunos^{6,17}.

Gurin *et al.* (2002)³⁰ postularam e testaram uma teoria de como as experiências com a diversidade influenciam os resultados educacionais de universitários. Com base em conceitos psicológicos, os investigadores explicaram que as experiências com a diversidade, particularmente a interação com diversos pares e a exposição curricular à diversidade, proporcionam o desafio necessário para o desenvolvimento de um senso saudável de identidade e de estruturas cognitivas mais complexas.

Além disso, o clima organizacional e a cultura institucional dos cursos de odontologia impactam o modo como os alunos aprendem¹⁷, e seus currículos também refletem e perpetuam o sistema de opressão racial incrustado na sociedade⁴. Os currículos podem ser definidos como ambientes nos quais diferentes grupos tentam estabelecer sua hegemonia. Assim, o campo curricular opera como um potente meio de produção de discursos, criando verdades, interesses e conceitos³¹.

Os currículos tradicionais da saúde que se concentram nas ciências biomédicas apresentam deficiências diversas, especialmente no que se refere à falta de autorreflexividade. Reestruturações curriculares recentes trouxeram a discussão dos determinantes sociais da saúde, no entanto os currículos baseados nos "determinantes" reforçam o paradigma

biomédico, pois acabam por apresentar o "social" como um fator de risco de forma descontextualizada, negligenciando a análise das causas profundas das desigualdades na saúde³².

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Odontologia representam um esforço na superação do modelo biomédico na formação superior em odontologia. As DCN para o curso de Odontologia de 2002 já incluíam as ciências humanas e sociais entre os conteúdos essenciais para o curso de Odontologia³³. As novas DCN, homologadas em 2021, reafirmam essa diretriz e reforçam que a estrutura curricular do curso de graduação em Odontologia deve "levar em consideração as necessidades de saúde dos usuários e das populações, incluindo as dimensões ética, humanística e social, orientadas para a cidadania e para os direitos humanos, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal de formação"³⁴. No entanto, ainda se observam dificuldades na implementação das DCN, dentre as quais destaca-se a não compreensão adequada destas por grande número de dirigentes, coordenadores e professores dos cursos de Odontologia do Brasil, o que retarda a sua efetivação direta e prejudica a formação de profissionais compatíveis com a realidade das demandas sociais do país³⁵.

Dessa forma, ainda que seja possível encontrar algumas referências pontuais sobre a relação entre raça e saúde nos currículos atuais, à exemplo da maior prevalência de certas doenças na população negra, não há evidências explícitas sobre discussões que problematizem as iniquidades raciais que permeiam a assistência odontológica⁴.

São necessárias mudanças nos currículos de formação em Odontologia, com a inclusão de perspectivas interdisciplinares em articulação com as ciências sociais e humanas, que ensinem os alunos a compreenderem os mecanismos institucionais e a onipresença do racismo e a combatê-lo, inclusive nas suas próprias práticas¹⁸.

Quando questões discriminatórias não são problematizadas na formação em saúde, tem-se profissionais pouco reflexivos e que visualizam o outro como instrumento ou objeto, e não atores sociais capazes de questionar as estruturas sociais e contribuir para sua transformação⁹. Uma formação essencialmente técnica e pouco voltada para problemas definidos no campo das ciências humanas e sociais, entre eles o racismo, pode contribuir para que cirurgiões-dentistas baseiem suas decisões clínicas em ideias preconcebidas e equivocadas sobre grupos sociais³⁶.

O racismo na prática odontológica: viés racial na indicação de tratamentos, comportamentos discriminatórios e falta de competência cultural

Atravessados por conflitos éticos desde a sua formação e inseridos num contexto mais amplo de racismo, os profissionais de Odontologia expressam, não raramente, comportamentos que sugerem pouca reflexão sobre questões raciais e que, portanto, discriminam determinados segmentos da população⁹.

Estudos mostram extensivamente a presença de viés clínico na tomada de decisão de tratamentos de acordo com a raça do paciente, com indicação de procedimentos mais invasivos, rápidos e de menor custo aos negros, quando comparados aos brancos^{10-12,36,37}.

Uma investigação realizada no Nordeste do Brasil demonstrou que, em um cenário clínico de total igualdade de condições entre os pacientes, cirurgiões-dentistas recomendaram a extração dentária com maior frequência para os usuários negros do que para os brancos³⁶. Um outro estudo, realizado por Patel *et al.* (2019)³⁷ na Itália, também evidenciou um viés pró branco na recomendação de tratamento odontológico mais conservador. No estudo, os profissionais foram significativamente mais propensos a recomendar tratamento endodôntico para pacientes brancos e significativamente mais propensos a recomendar a extração para pacientes negros.

Plessas (2019)¹¹ buscou verificar o impacto que as características étnicas e sociais tinham na tomada de decisão de cirurgiões-dentistas no Reino Unido através da análise de casos clínicos. Como resultado, cerca de 86% dos profissionais recomendaram tratamento endodôntico para a paciente branca em comparação a negra, que foi de 60%.

O viés racial também tem sido documentado na indicação de tratamentos restauradores e protéticos, com maior probabilidade de indicação de procedimentos de menor complexidade e menor custo para pacientes negros¹⁰. O estudo realizado por Chisini *et al.* (2019)¹⁰ em quatro municípios brasileiros mostrou que, tanto para dentes extensamente cariados, quanto para restaurações de amálgama mal ajustadas, os cirurgiões-dentistas escolheram opções de

tratamento menos complexas e mais baratas para o paciente negro, mesmo quando não havia menção ao status socioeconômico do paciente e recebendo total liberdade para decidir a melhor opção de tratamento. Os resultados mostraram que os pacientes brancos com lesões de cárie extensas têm probabilidade duas vezes maior de serem encaminhados para o tratamento protético, enquanto os pacientes negros, em sua maioria, recebem predominantemente restaurações diretas. Os achados de Chisini *et al.* (2019)¹⁰ mostraram também que o viés racial na escolha do tratamento ocorre independente da diversidade racial local, já que em ambas as regiões do país analisadas (região sul, onde há menos diversidade racial e nordeste, onde há maior diversidade racial) a cor da pele dos pacientes influenciou a tomada de decisão do tratamento pelo cirurgião-dentista.

Além da indicação de tratamentos com base na raça do paciente, a falta de competência cultural é um elemento importante para a manutenção do racismo na prática odontológica pois prejudica a relação entre profissional e paciente¹².

O termo "competência cultural", criado no cenário americano, é o mais utilizado na literatura, no contexto da saúde, para se referir à relação intercultural entre o profissional de saúde e o paciente³⁸. Num contexto no qual generalizações, estereótipos, privilégios e racismo estão arraigados na sociedade e também presentes na relação entre profissional e paciente, a competência cultural poderia ser descrita como um compromisso vitalício de: i) autoavaliação e autocritica para os desequilíbrios de poder existentes na relação profissional-paciente, ii) desenvolvimento de parcerias clínicas de benefícios mútuos e iii) advocacia não paternalista com as comunidades, em nome de indivíduos e populações. Uma prática de saúde culturalmente segura é caracterizada por ações que reconhecem, respeitam e alimentam a identidade cultural única de um povo e atendem às suas necessidades, expectativas e direitos. Ela acontece quando um profissional de saúde desenvolve sensibilidade cultural e é capaz de identificar e refletir sobre sua própria cultura e a influência que ela exerce sobre sua prática. Dessa maneira, a interação dos dois não é prejudicial, e a dignidade e o respeito são mantidos para ambos^{38, 39}.

Contudo, essa "prática de saúde culturalmente segura", na qual há reconhecimento e respeito às diferentes identidades culturais, está longe do que ocorre na prática odontológica. Atitudes e comportamentos discriminatórios por parte dos profissionais em decorrência da raça do paciente já foram documentados na literatura, com comportamento menos respeitoso e menos autonomia dada ao paciente negro em relação ao branco, bem como maior responsabilização dos pacientes negros por falhas no tratamento, quando comparados a seus pares brancos⁹.

Respeitar a autonomia do indivíduo implica perceber a capacidade e o direito de o mesmo de se governar, buscando compreender suas razões e objetivos. Atribuir maior ou menor autonomia em função de características raciais é uma atitude discriminatória, que deve ser problematizada em meio à formação e atuação profissional. A perspectiva verticalizada da relação profissional-paciente, em que o primeiro é o único responsável pelas decisões clínicas e o paciente tem suas questões silenciadas, é própria de um modelo de atuação marcado pela ausência de competência cultural, que deve ser superado⁹.

Como a Odontologia pode se tornar antirracista?

Primeiramente, deve ficar claro que a causa profunda das desigualdades raciais é o racismo estrutural. Para progredir na redução das desigualdades raciais, os profissionais da Odontologia precisam estar ativamente envolvidos no trabalho antirracista^{5,6}.

Tendo em vista a urgência de se enfrentar os efeitos do racismo na Odontologia e na saúde bucal dos indivíduos, periódicos de ampla circulação internacional, como o *Journal of Public Health Dentistry*, e organizações importantes na área odontológica, incluindo a *American Dental Education Association* (ADEA), a *Diverse Dental Society* (que inclui a *National Dental Association*, *Hispanic Dental Association* e *Society of American Indian Dentists*), a Rede de Progresso e Equidade em Saúde Bucal (OPEN) e *Community Catalyst* estão engajados na construção de práticas antirracistas na Odontologia⁴⁰.

A edição especial do *Journal of Public Health Dentistry* publicada em 2022 (volume 82, edição S1), foi dedicada ao avanço do conhecimento sobre antirracismo e saúde bucal, demonstrando abordagens antirracistas nas áreas de pesquisa

científica, educação, prática e política. Os tópicos incluem orientações sobre abordagens metodológicas antirracistas nas pesquisas e estudos sobre antirracismo na educação e força de trabalho em saúde pública odontológica, além de exemplos de programas antirracistas.

A *American Dental Education Association* elenca importantes orientações para uma prática antirracista na Odontologia, sendo elas: apoiar e aumentar a diversidade de professores, alunos e profissionais na educação odontológica; usar as necessidades públicas como referência para determinar os tipos de diversidade necessários em educação odontológica; além de avaliar continuamente a diversidade de necessidades do público e a capacidade dos cirurgiões-dentistas de atender a essas necessidades⁴¹.

É necessário racializar as discussões e os currículos nos cursos superiores, promovendo letramento e consciência racial. É essencial a construção de currículos que rompam com uma formação essencialmente técnica e abranjam questões mais amplas e problematizadoras. Para que essa nova forma de saber seja gerada, é necessário não somente educação dos discentes, mas formação continuada do corpo docente e de todos que trabalham nas instituições de ensino. Assim, as instituições de educação estariam, como um todo, mais preparadas para lidar com as subjetividades sociais e capacitadas para instruir e orientar. Somente dessa forma será possível o desenvolvimento de profissionais capazes de dialogar com a sociedade e de discutir e repensar práticas humanizadas e humanizadoras⁹.

O progresso científico a respeito da injustiça racial na Odontologia depende da adoção de narrativas ativamente antirracistas no meio acadêmico, distanciando-se da atual linguagem descritiva e imparcial acerca das disparidades em saúde e aproximando-se de discussões mais profundas sobre as dinâmicas sociais e históricas que originam as formas de poder e opressão entre grupos étnicos e também sustenta a ideia de categorização de raças¹².

Este estudo apresenta limitações inerentes ao método de revisão adotado. Embora a revisão narrativa possibilite realizar uma rápida atualização do conhecimento e o levantamento do estado da arte sobre o tema, este método não permite a reprodução dos dados, nem produz dados quantitativos acerca da produção analisada.

CONCLUSÕES

A revisão evidenciou que a Odontologia sofre influência do racismo estrutural e também atua na manutenção e legitimação desse sistema de opressão. A falta de diversidade racial entre profissionais, docentes e estudantes da área, currículos de odontologia pouco problematizadores, a falta de competência cultural dos profissionais e o viés racial na indicação de tratamentos odontológicos são pontos importantes elencados na literatura da interface entre racismo e Odontologia.

Mudar a realidade racista da Odontologia implica enquadrar o antirracismo como prioridade em seus diversos eixos, incluindo o ensino, a pesquisa e a prática odontológica. Para que isso aconteça, é necessário, essencialmente, aceitar que o racismo existe e que seus fundamentos históricos impactam e moldam a educação e a prática odontológica. Apenas dessa forma será possível ter estudantes e profissionais com atitudes e praxis antirracistas e que contribuam para romper as barreiras de acesso, desconstruir as práticas eugenistas e reduzir as iniquidades raciais que atingem a população.

REFERÊNCIAS

1. Goes EF, Ramos DO, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da COVID-19. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2020;18(3):e00278110. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>
2. Almeida S. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen; 2019.
3. Bonilla-Silva E. What Makes Systemic Racism Systemic? *Sociol Inq* [Internet]. 2021;91(3):513-533. doi: <https://doi.org/10.1111/soin.12420>
4. Melo FM, Riscado JLS. Curriculum of ethnic-racial relations at a faculty of dentistry. *EDPOLYAR* [Internet]. 2021;29(7). doi: <https://doi.org/10.14507/epaa.29.4664>
5. Bastos JL, Celeste RK, Paradies YC. Racial Inequalities in Oral Health. *J Dent Res* [Internet]. 2018;97(8):878-886. doi: <https://doi.org/10.1177/0022034518768536>

6. Jamieson L, Peres MA, Guamizo-Herreno CC, Bastos JL. Racism and oral health inequities: An overview. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2021;34:100827. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100827>
7. Bianchi T, Wilson K, Yee A. Undoing structural racism in dentistry: Advocacy for dental therapy. *J Public Health Dent* [Internet]. 2022;82(Suppl 1):140-143. doi: <https://doi.org/10.1111/jphd.12499>
8. Smith PD, Murray M, Hoffman S, Ester TV, Kohli R. Addressing Black men's oral health through community engaged research and workforce recruitment. *J Public Health Dent* [Internet]. 2022;82(Suppl 1):83-88. doi: <https://doi.org/10.1111/jphd.12508>
9. Candido LC, Finkler M, Bastos JL, Freitas SFTD. Conflitos com o paciente, cor/raça e concepções de estudantes de Odontologia: uma análise com graduandos no Sul do Brasil. *Physis* [Internet]. 2019;29(4):e290410. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290410>
10. Chisini LA, Noronha TG, Ramos EC, Santos-Junior RB, Sampaio KH, Faria-E-Silva AL, Corrêa MB. Does the skin color of patients influence the treatment decision-making of dentists? A randomized questionnaire-based study. *Clin Oral Investig* [Internet]. 2019;23(3):1023-1030. doi: <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2526-7>
11. Plessas A. To what extent do patients' racial characteristics affect our clinical decisions? *Evid Based Dent* [Internet]. 2019;20(4):101-102. doi: <https://doi.org/10.1038/s41432-019-0062-1>
12. Lamenha-Lins RM, Souza GLN, Ferreira FM, Paiva SM, Bastos JL, Serra-Negra JM. Racismo estrutural e saúde bucal. 1 ed. Belo Horizonte: Comissão Editorial FAO UFMG; 2022 [citado em 16 de janeiro de 2024]. Disponível em: <https://www.bu.ufmg.br/imagem/000026/0000268a.pdf>
13. Carneiro ML. O racismo na história do Brasil. 8 ed. São Paulo: Ática; 2005.
14. Diangelo R. Não basta não ser racista: sejamos antirracistas. Trad Marcos Marciolino. São Paulo: Faro Editorial; 2018.
15. Cavalcante LTC, Oliveira AAS. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. *Psic Rev* [Internet]. 2020;26(1):83-102. doi: <https://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100>
16. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2007;20(2):5-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
17. Fleming E, Smith CS, Ware TK, Gordon NB. Can academic dentistry become an anti-racist institution?: Addressing racial battle fatigue and building belonging. *J Dent Educ* [Internet]. 2022;86:1075-1082. doi: <https://doi.org/10.1002/jdd.13025>
18. Demopoulos CA, Kohli R, Dhar S, Raju K. Racial and oral health equity in dental school curricula. *J Public Health Dent* [Internet]. 2022;82(Suppl 1):114-122. doi: <https://doi.org/10.1111/jphd.12516>
19. Ester TV, Smith CS, Smith PD. Illuminating light in the darkness: Black/African-American men in dental education and strategies for change. *J Dent Educ* [Internet]. 2022;86(9):1214-1222. doi: <https://doi.org/10.1002/jdd.13065>
20. Smith WA, Mustaffa JB, Jones CM, Curry TJ, Allen WR. You make me wanna holler and throw up both my hands!" Campus culture, Black misandric microaggressions, and racial battle fatigue. *Int J Qual Stud Educ* [Internet]. 2016;29(9):1189-1209. doi: <https://doi.org/10.1080/09518398.2016.1214296>
21. Valério ACO, Bezerra WC, Santos VS, Leite Junior JD, Farias MN, Santos SMB. Racismo e participação social na universidade: experiências de estudantes negras em cursos de saúde. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2021;29:e3007. doi: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2278>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. 2019 [citado em 16 de janeiro de 2024]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf
23. Lopes RA, Silva GHG, Ferreira EB. A Lei de Cotas e o acesso à Universidade Federal de Alfenas por estudantes pertencentes a grupos sub-representados. *Rev Bras Estud Pedagog* [Internet]. 2021;102(260):148-176. doi: <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.102.i260.3961>
24. Brasil. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2012a [citado em 16 de janeiro de 2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm

25. Santos BRM, Gonzales PS, Carrer FCA, Araújo ME. Perfil e expectativas dos ingressantes da Faculdade de Odontologia da USP: uma visão integrada com as diretrizes curriculares nacionais e o Sistema Único de Saúde. *Rev ABENO* [Internet]. 2015;15(1):28-37. doi: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v15i1.150>
26. Martins AB, Menezes IHCF, Queiroz MG. Estudantes de Odontologia cotistas e o instrumental odontológico. *Rev ABENO* [Internet]. 2019;19(3):58-68. doi: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v19i3.763>
27. Latreille AC, Sobrinho SM, Warmling AMF, Ribeiro DM, Amante CJ. Perfil socioeconômico dos graduandos em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. *Rev ABENO* [Internet]. 2015;15(1):86-96. doi: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v15i1.148>
28. Whitfield-Harris L, Lockhart JS, Zoucha R, Alexander R. The lived experience of Black nurse faculty in predominantly White schools of nursing. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2017;28(6):608-615. doi: <https://doi.org/10.1177/1043659617699064>
29. Campbell KM, Hudson BD, Tumin D. Releasing the net to promote minority faculty success in academic medicine. *J Racial Ethn Health Disparities* [Internet]. 2020;7(2):202-206. doi: <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00703-z>
30. Gurin P, Dey EL, Hurtado S, Gurin G. Diversity and higher education: Theory and impact on educational outcomes. *Harvard Educ Rev* [Internet]. 2002;72(3):330-365. doi: <https://doi.org/10.17763/haer.72.3.01151786u134n051>
31. Silva TT. Documentos de identidade: Uma introdução às teorias de currículo. Autêntica; 2002.
32. Tsai J, Lindo E, Bridges K. Seeing the window, finding the spider: applying critical race theory to medical education to make up where biomedical models and social determinants of health curricula fall short. *Front Public Health* [Internet]. 2021;9:653643. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653643>
33. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília: Diário Oficial da União; 2002 [citado em 16 de janeiro de 2024]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>
34. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2021 [citado em 16 de janeiro de 2024]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/junho-2021-pdf/191741-rces003-21/file>
35. Galvão MH, Moraes HGF, Forte FDS, Freitas CHSM, Brito GEG, Pessoa TRRF. Avaliação de um curso de Odontologia com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais: um estudo seccional. *Rev ABENO* [Internet]. 2022;22(2):1785. doi: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v22i2.1785>
36. Cabral ED, Caldas Jr AF, Cabral HA. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2005;33(6):461-466. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00255.x>
37. Patel N., et al. Unconscious Racial Bias May Affect Dentists' Clinical Decisions on Tooth Restorability: A Randomized Clinical Trial. *JDR Clin Trans Res* [Internet]. 2019;4(1):19-28. doi: <https://doi.org/10.1177/2380084418812886>
38. Gouveia EAH, Silva RO, Pessoa BHS. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. *Rev Bras Educ Medic* [Internet]. 2019;43(1):82-90. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>
39. Anand R, Lahiri I. Intercultural Competence in Health Care. In: Deardorff DK. *The SAGE Handbook of Intercultural Competence*. California; 2010:387-402 [citado em 16 de janeiro de 2024]. Disponível em: https://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/30570_23.pdf
40. Flanagan A, Frey T, Christiansen SL, Bauchner H. The Reporting of Race and Ethnicity in Medical and Science Journals: Comments Invited. *JAMA* [Internet]. 2021;325(11):1049-1052. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.2104>
41. Sinkford JC, Valachovic RW, Harrison SG. Underrepresented minority dental school enrollment: continued vigilance required. *J Dent Educ* [Internet]. 2004;68(10):1112-1118.

doi: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2004.68.10.tb03857.x>

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento: Próprio.

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: ROC, ICGL, MCN, DTC. Coleta, análise e interpretação dos dados: ROC, ICGL, MCN, DTC. Elaboração ou revisão do manuscrito: ROC, ICGL, MCN, DTC. Aprovação da versão final: ROC, ICGL, MCN, DTC. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: ROC, ICGL, MCN, DTC.

APÊNDICE F – Artigo “Influência da raça na falta de acesso a serviços odontológicos entre alunos de uma universidade do Sudeste do Brasil”, publicado na revista *HU revista*



Influência da raça na falta de acesso a serviços odontológicos entre alunos de uma universidade do Sudeste do Brasil

Influence of race on lack of access to dental services among students at a university in Southeastern Brazil

Rafaela de Oliveira Cunha¹
 Diogo Motrinha Matos²
 Isabel Cristina Gonçalves Leite³
 Gracieli Prado Elias³

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

²Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

³Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

RESUMO

Introdução: Existe uma vasta literatura que relaciona a desigualdade racial às disparidades nos resultados de saúde, revelando que esta é uma importante preditora do estado de saúde. Compreender as diferenças raciais nos padrões de acesso aos serviços de saúde é fundamental para o planejamento de ações e adequação dos serviços à realidade social da população. **Objetivo:** Identificar a influência da raça na falta de acesso a serviços odontológicos por universitários de uma instituição de ensino superior do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Material e Métodos:** Estudo transversal, tipo censo, realizado no formato de *web survey*. O desfecho foi a falta de acesso a serviços odontológicos. As variáveis independentes foram selecionadas com base no modelo teórico adaptado de Andersen e Davidson para o estudo. Realizaram-se análises bivariadas e regressão de Poisson robusta com intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** Participaram do estudo 1848 estudantes da Universidade Federal de Juiz de Fora. A prevalência de falta de acesso entre pretos e pardos foi de 9,8% e entre brancos e amarelos, 5,6%. Os resultados revelaram disparidades raciais na falta de acesso a serviços odontológicos, que foram explicadas por questões relacionadas ao serviço de saúde bucal e por características individuais de predisposição, capacitadoras e de necessidade. **Conclusão:** A raça consiste em um fator determinante para falta de acesso a serviços odontológicos, sendo que universitários pretos e pardos experimentam maior dificuldade de acesso, quando comparados aos brancos. Conclui-se que, para neutralizar as fontes de injustiça dentro do campo da saúde bucal, é necessário o aprimoramento e fortalecimento de políticas públicas que se pautem nos princípios de universalidade e equidade e reconheçam o papel da raça e outros marcadores sociais nos resultados de saúde bucal.

Palavras-chave: Disparidades em Assistência à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Bucal; Grupos Raciais.

ABSTRACT

Introduction: There is a vast literature that relates racial inequality to disparities in health outcomes, revealing that this is an important predictor of health status. Understanding racial differences in the patterns of access to health services is essential for planning actions and adapting services to the social reality of the population. **Objective:** Identify the influence of race on the lack of access to dental services by university students from a higher education institution in the municipality Juiz de Fora, Minas Gerais. **Material and Methods:** A cross-sectional study, of the census type, was carried out in the format of a web survey. The outcome was the lack of access to dental services. Independent variables were selected based on a theoretical model adapted from Andersen and Davidson for the present study. Bivariate analyzes and robust Poisson regression with 95% confidence intervals were performed. **Results:** A total of 1848 students from the Federal University of Juiz de Fora participated in the study. The prevalence of lack of access among blacks and browns was 9.8% and among whites and yellows, 5.6%. The results revealed racial disparities in the lack of access to dental services, which were explained by issues related to the oral health service and by individual characteristics of predisposition, enabling and need. **Conclusion:** Race is a determining factor for lack of access to dental services, with black and brown college students experiencing greater difficulty in accessing them when compared to white students. It is concluded that, in order to neutralize the sources of injustice inside the field of oral health, it is necessary to improve and strengthen public policies that are based on the principles of universality and equity and recognize the role of race and other social markers in oral health outcomes.

Key-words: Healthcare Disparities; Health Services Accessibility; Dental Health Services; Racial Groups.

Rafaela Cunha

Pós-graduação em Saúde Coletiva, Prédio do NATES, campus da Universidade Federal de Juiz de Fora, São Pedro, Juiz de Fora, Minas Gerais
 CEP: 35010-180
 ✉ rafaeladeoliveiracunha@gmail.com

Submetido: 19/11/2022
 Aceito: 19/01/2023



INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde representa um componente central do sistema de saúde e um elemento essencial para minimizar a lacuna de saúde entre os diferentes grupos socioeconômicos.¹ O termo acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm os serviços de saúde, contemplando tanto questões sócio organizacionais, quanto relações interpessoais, que podem favorecer ou não o ingresso dos indivíduos no sistema de saúde.²

Estudos recentes têm apontado para a existência de grandes desigualdades no acesso e na utilização dos serviços odontológicos pela população em geral, sendo que uma multiplicidade de fatores pode estar associada a essas desigualdades.³⁻⁵

As iniquidades em saúde são um tipo específico de desigualdade que denota diferenças injustas na saúde, reflexo da distribuição desigual de riscos e recursos em saúde para os diferentes grupos populacionais.⁶ As desigualdades socioeconômicas são decisivas para os problemas de saúde bucal, pois influenciam os hábitos alimentares, a higiene bucal e o uso de serviços odontológicos.⁷

Além disso, as disparidades raciais também afetam os padrões de saúde e doença na população, desempenhando um papel importante no desenvolvimento das desigualdades socioeconômicas em saúde bucal devido ao racismo estrutural arraigado na sociedade, bem como às experiências discriminatórias individuais.^{8,9} Estudos mostram que piores condições de saúde bucal acometem mais frequentemente indivíduos de cor preta e parda, com pouco acesso à educação e pertencentes a famílias de baixa renda.^{10,11}

Por muito tempo, o termo raça foi usado para descrever grupos biologicamente distintos de pessoas que supostamente tinham características de natureza inalterável. Contudo, hoje é amplamente reconhecido que a raça é exclusivamente uma categoria construída socialmente que especifica regras para que um grupo se beneficie ao dominar outros.¹²

Nesse sentido, a raça tem sido amplamente utilizada na literatura médica e de saúde pública para medir diferenças sociais nos resultados e tratamentos de saúde em países com heterogeneidade racial. Existe uma vasta literatura que relaciona a desigualdade racial às disparidades nos resultados de saúde, revelando que esta é uma importante preditora do estado de saúde.¹³ No entanto, a despeito do aumento recente, a produção brasileira sobre desigualdades raciais e iniquidades em saúde bucal ainda tem muito em que avançar.¹⁴⁻¹⁶

Uma compreensão das diferenças raciais e sociais nos padrões de acesso aos serviços de saúde é fundamental para o planejamento das ações e adequação dos serviços à realidade social da população.

Andersen e Davidson propuseram um modelo

teórico,¹⁷ amplamente utilizado na literatura, que inclui o acesso aos serviços odontológicos como um dos elementos que compõem os desfechos de saúde bucal. A versão expandida do modelo foi proposta pelos autores com o objetivo de desenvolver um modelo mais abrangente para explicar as diferenças raciais nos resultados em saúde.¹⁷ O modelo apresenta um foco maior nos efeitos da etnicidade racial e na idade, chamadas de variáveis exógenas, para avaliação sistemática das diferenças na multiplicidade de fatores que influenciam a saúde bucal. Segundo os autores, essas variáveis exógenas, influenciam fatores denominados "determinantes primários de saúde", que se relacionam às características pessoais dos usuários (reunidas nos subgrupos: fatores de predisposição, recursos capacitadores e fatores de necessidade) e ao sistema de atenção à saúde bucal. Esses determinantes primários, por sua vez, influenciam e são influenciados pelos comportamentos de saúde bucal, fatores que estão relacionados às práticas pessoais de saúde bucal e ao uso formal destes serviços. Por fim, os comportamentos de saúde bucal influenciam e são influenciados pelos desfechos em saúde bucal, dentre eles se encontra o acesso aos serviços de saúde, incluído na categoria de satisfação do paciente.¹⁷

O desenvolvimento de estudos sobre o acesso aos serviços de saúde é considerado de fundamental importância pois permite caracterizar a população usuária, identificar suas condições de saúde, motivações e a obtenção ou não do serviço, aspectos que são fundamentais para o planejamento e organização das ações de saúde.¹⁸

De maneira geral, os estudos sobre as iniquidades nos serviços de saúde bucal têm utilizado como desfecho o uso desses serviços, seja ele de forma recente ou regular. Essa abordagem, contudo, acaba por não incluir aqueles indivíduos que precisaram e buscaram o serviço, mas não conseguiram obter atendimento. Acredita-se que conhecer os fatores que se caracterizam como barreiras à obtenção de atendimento pelos indivíduos que buscam atenção à saúde é fundamental para redução das desigualdades e melhoria das condições de saúde bucal da população.

Nesse sentido, e considerando a raça como um importante marcador das desigualdades em saúde bucal, objetivou-se identificar a influência da raça na falta de acesso a serviços odontológicos por universitários de uma instituição de ensino superior pública do município de Juiz de Fora, Minas Gerais (MG).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, do tipo censo, realizado com universitários matriculados em 2021 na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). A universidade pública encontra-se sediada na cidade de Juiz de Fora (MG), possuindo também um *campus*

avanzado em Governador Valadares (MG) e oferta anualmente cerca de 4500 vagas para ingresso em mais de 60 cursos de graduação presencial.

Foram incluídos no estudo todos os alunos de graduação da UFJF no ano de 2021. Considerou-se como perda amostral os estudantes que não deram retorno ao questionário da pesquisa enviado por e-mail após três tentativas de contato, com intervalo de tempo de aproximadamente 1 mês entre as tentativas.

A coleta de dados foi realizada durante a pandemia de COVID-19, entre maio e novembro de 2021. O questionário, construído na plataforma Google Formulários, foi enviado por e-mail para todos os alunos pela Diretoria de Imagem Institucional da UFJF, sendo seu acesso condicionado à anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário foi composto por 40 questões objetivas referentes a características demográficas e socioeconômicas, informações relacionadas ao curso do graduando, seu ingresso na Universidade e questões referentes ao uso de serviços odontológicos e às condições de saúde bucal. O instrumento de coleta foi pré-testado e ajustado em um estudo piloto realizado com 23 universitários. A partir desse estudo piloto foi possível estimar o tempo de respostas em torno de quatro minutos e realizar modificações no instrumento,

a fim de se melhorar a compreensão e interpretação das questões.

O desfecho do estudo foi a falta de acesso aos serviços odontológicos, obtida pelas perguntas: "Nos últimos 24 meses, você procurou atendimento com dentista?" e "Você conseguiu ser atendido pelo dentista?". Caracterizou-se como falta de acesso a resposta "sim" para primeira pergunta e "não" para a segunda.

Foi utilizado um modelo teórico conceitual adaptado de *Aging, Ethnicity and Oral Health Outcomes*, proposto por Andersen e Davidson para a seleção das variáveis independentes (Figura 1).¹⁷ Este modelo foi utilizado para direcionar a análise em três blocos. A variável raça, obtida através de autodeclaração pelo indivíduo conforme cinco categorias (branco, preto, pardo, amarelo e indígena), foi a única variável exógena incluída e categorizada em dois grupos: preto ou pardo e branco ou amarelo. O bloco "determinantes primários de saúde bucal" incluiu variáveis relacionadas ao serviço de saúde bucal (tipo de serviço utilizado) e às características pessoais dos indivíduos, que, por sua vez, são agrupadas em fatores de predisposição (idade, gênero, estado civil e escolaridade materna), recursos capacitadores (renda familiar mensal e situação de trabalho) e fatores de necessidade (satisfação com a aparência dos dentes e da boca e necessidade percebida de tratamento).

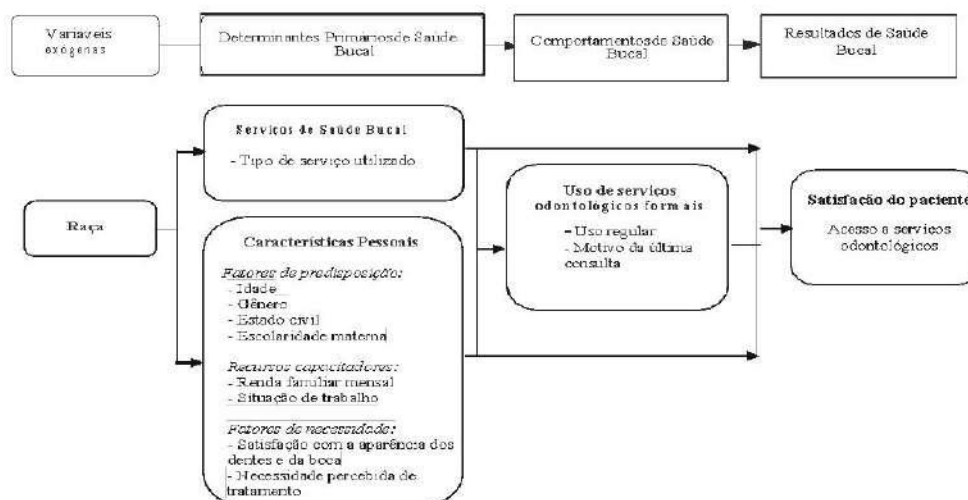


Figura 1: Modelo conceitual teórico adaptado para o estudo.

aparência dos dentes e da boca e necessidade percebida de tratamento odontológico). Por fim, o último bloco, denominado "comportamentos de saúde bucal", foi composto por variáveis relacionadas ao uso formal de serviços odontológicos, sendo elas: uso de serviços de forma regular e motivo da última consulta odontológica.

Para a análise dos dados, utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0 para *Windows*. Foram realizadas análises bivariadas entre o desfecho e as variáveis independentes do modelo conceitual teórico. Entraram na análise multivariada as variáveis com valor de $p < 0,05$. Utilizou-se Regressão de Poisson robusta para estimativa das razões de prevalências ajustadas adotando-se intervalos de confiança de 95%. Após o ajuste das variáveis em cada bloco, as variáveis que apresentaram $p < 0,05$ foram selecionadas para ajustar o bloco subsequente, até a obtenção do modelo final.

Este estudo está inserido na pesquisa "Uso de serviços odontológicos e fatores associados entre jovens universitários", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer número 4.617.665.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 1848 estudantes de cursos de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora, que correspondeu a uma taxa de resposta de 46% do total de 3981 graduandos matriculados no ano de 2021.

Destes, 70,5 % encontravam-se na faixa etária de 18 a 24 anos, sendo a média de idade de 24 anos ($DP \pm 8,69$). A maioria declarou cor de pele branca ou amarela (58,2%), renda familiar mensal entre 1,5 e 3 salários mínimos (salário mínimo vigente: R\$ 1100,00) (31,7%), estado civil solteiro (87,2%) e não trabalhar (70,3%). Os que relataram uso de serviços odontológicos privados totalizaram 83,2%. A Tabela 1 mostra a frequência das variáveis investigadas na população de estudo.

A prevalência de falta de acesso entre pretos e pardos foi de 9,8% e entre brancos e amarelos, 5,6%. A Tabela 2 mostra as razões de prevalência brutas das variáveis estudadas para o desfecho falta de acesso a serviços odontológicos.

As razões de prevalência ajustadas são descritas na Tabela 3.

No primeiro bloco de análise do modelo, composto pela variável exógena, a raça dos indivíduos esteve associada com a falta de acesso a serviços odontológicos ($RP = 1,73$; $IC95\% 1,20-2,50$).

Ao se realizar o ajuste pelas variáveis do bloco Determinantes Primários de Saúde Bucal, contudo, tal associação não se manteve estatisticamente significativa. No modelo final, permaneceram associados ao desfecho: tipo de serviço utilizado ($RP = 1,07$; $IC95\% 1,04-1,11$), idade ($RP = 1,02$; $IC95\% 1,01-1,03$), escolaridade materna ($RP = 1,03$; $IC95\% 1,01-1,06$), renda familiar mensal ($RP = 0,95$; $IC95\% 0,93-0,97$), satisfação com a aparência dos dentes e boca ($RP = 1,02$; $IC95\% 1,01-1,03$) e necessidade percebida de tratamento odontológico ($RP = 1,02$; $IC95\% 1,01-1,03$).

Tabela 1: Características da população estudada distribuídas pelo desfecho investigado.

Variável	Acesso a serviços odontológicos			
	Buscaram e não obtiveram		Buscaram e obtiveram	
	n	%	n	%
Variável exógena				
<i>Raça</i>				
Preta/ parda	57	53,8	527	39,1
Branca/ amarela	49	46,2	821	60,9
Determinantes primários de saúde bucal				
<i>Tipo de serviço utilizado</i>				
Público	42	40	151	11,2
Privado	63	60	1198	88,8
<i>Características pessoais</i>				
<i>Idade</i>				
18 a 24 anos	64	60,4	989	73,3
25 a 59 anos	42	39,6	349	25,9
60 anos ou mais	0	0	12	0,9
<i>Gênero</i>				
Feminino cisgênero	65	61,3	957	70,9
Masculino cisgênero	37	34,9	380	28,1

Cunha et al. Raça e falta de acesso a serviços odontológicos.

Transgênero, agênero ou não binário	4	3,8	13	1,0
Estado civil				
Solteiro	92	86,8	1186	87,9
Casado/divorciado/viúvo	14	13,2	164	12,1
Escolaridade materna				
Não estudou/ensino fundamental incompleto	21	20,0	247	18,4
Ensino fundamental completo/médio Incompleto	21	20,0	126	9,4
Ensino médio completo/superior Incompleto	38	36,2	465	34,7
Ensino superior completo/pós-graduação	25	23,8	501	37,4
Renda familiar mensal				
Até 1, 5 salário mínimo	51	48,1	284	21,0
De 1,5 a 3 salários mínimos	38	35,8	413	30,6
De 3 a 6 salários mínimos	14	13,2	377	27,9
Mais de 6 salários mínimos	3	2,8	276	20,4
Situação de trabalho				
Trabalha	28	26,4	395	29,3
Não trabalha	78	73,6	955	70,7
Satisfação com a aparência dos dentes e boca				
Muito satisfeito/satisfeito	28	26,4	798	59,1
Muito insatisfeito/insatisfeito/nem satisfeito, nem insatisfeito	78	73,6	552	40,9
Necessidade percebida de tratamento odontológico				
Não	4	3,8	501	37,1
Sim	102	96,2	849	62,9
Comportamentos de saúde bucal				
Uso regular de serviços odontológicos				
Sim	27	25,5	662	49,0
Não	79	74,5	688	51,0
Motivo da última consulta odontológica				
Preventivo	43	40,6	850	63,0
Sintomático	63	59,4	500	37,0

Tabela 2: Razões de prevalência brutas das variáveis selecionadas de acordo com o modelo adaptado de Andersen e Davidson para o desfecho falta de acesso a serviços odontológicos.¹⁷

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p*
Variável exógena			
Raça			0,003
Preto ou pardo	9,8	1,73 (1,20-2,50)	
Branco ou amarelo	5,6	1	
Determinantes primários de saúde bucal			
Tipo de serviço odontológico			<0,001
Privado	5,0	0,23 (0,16-0,33)	
Público	21,8	1	
Idade			0,001
18 a 22 anos	5,5	0,54 (0,38-0,79)	

Cunha et al. Raça e falta de acesso a serviços odontológicos.

22 anos ou mais	9,9	1	
<i>Gênero</i>			0,035
Feminino cisgênero	6,4	1,10 (0,98-1,23)	
Masculino cisgênero	8,9	1,08 (0,96-1,21)	
Transgênero, agênero ou não binário	23,5	1	
<i>Estado civil</i>			0,749
Solteiro	7,2	0,91 (0,53-1,57)	
Casado/divorciado/viúvo	7,9	1	
<i>Escolaridade materna</i>			0,007
Não estudou/ensino fundamental incompleto	7,8	0,98 (0,97-1,00)	
Ensino fundamental completo/médio incompleto	14,3	0,95 (0,92-0,98)	
Ensino médio completo/superior incompleto	7,6	0,99 (0,97-1,00)	
Ensino superior completo/pós-graduação	4,8	1	
<i>Renda familiar mensal</i>			0,034
Até 1, 5 salário mínimo	15,2	0,93 (0,91-0,95)	
De 1,5 a 3 salários mínimos	8,4	0,96 (0,95-0,98)	
De 3 a 6 salários mínimos	3,6	0,99 (0,98-0,99)	
Mais de 6 salários mínimos	1,1	1	
<i>Trabalho</i>			0,535
Sim	6,6	0,88 (0,58-1,33)	
Não	7,6	1	
<i>Satisfação com a aparência dos dentes e boca</i>			<0.001
Muito satisfeito/satisfeito	3,4	0,27 (0,18-0,42)	
Muito insatisfeito/insatisfeito/nem satisfeito, nem insatisfeito	12,4	1	
<i>Necessidade percebida de tratamento odontológico</i>			<0.001
Não	0,8	0,07 (0,03-0,20)	
Sim	10,7	1	
Comportamentos de saúde bucal			
<i>Uso de forma regular</i>			<0.001
Sim	3,9	0,38 (0,25-0,58)	
Não	10,3	1	
<i>Motivo da última consulta</i>			<0.001
Preventivo	4,6	0,37 (0,26-0,54)	
Urgência	12,2	1	

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança.

*Teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3: Razões de prevalência ajustadas de acordo com o modelo adaptado de Andersen e Davidson para a falta de acesso a serviços odontológicos.¹⁷

Variável	%	RP variável exógena (IC95%)	p*	RP ajustada pelo bloco	p**	RP ajustada pelo bloco	p**
Variável exógena							
<i>Raça</i>			0,003		0,311	-	-
Preto ou pardo	9,8	1,73 (1,20-2,50)		0,99 (0,98-1,01)			
Branco ou amarelo	5,6	1		1			
Determinantes primários de saúde bucal							
<i>Tipo de serviço odontológico</i>					<0,001		<0,001
Privado				1,07 (1,04-1,11)		1,07 (1,04-1,11)	
Público				1		1	
<i>Idade</i>					0,007		0,010
18 a 22 anos				1,02 (1,01-1,04)		1,02 (1,01-1,03)	
22 anos ou mais				1		1	
<i>Gênero</i>					0,146	-	-
Feminino cisgênero				1,09 (0,97-1,23)			
Masculino cisgênero				1,08 (0,95-1,21)			
Transgênero, agênero ou não binário				1			
<i>Escolaridade materna</i>					0,009		0,008
Não estudou/ensino fundamental incompleto				1,03 (1,01-1,06)		1,03 (1,01-1,06)	
Ensino fundamental completo/médio incompleto				0,99 (0,96-1,02)		0,98 (0,96-1,02)	
Ensino médio completo/superior incompleto				1,01 (0,99-1,03)		1,03 (0,99-1,03)	
Ensino superior completo/pós-graduação				1		1	
<i>Renda familiar mensal</i>					<0,001		<0,001
Até 1, 5 salário mínimo				0,95 (0,92-0,97)		0,95 (0,93-0,97)	
De 1,5 a 3 salários mínimos				0,98 (0,96-0,99)		0,98 (0,97-0,99)	
De 3 a 6 salários mínimos				0,99 (0,98-1,00)		0,99 (0,98-1,00)	
Mais de 6 salários mínimos				1		1	
<i>Satisfação com a aparência dos dentes e boca</i>					0,005		0,011
Muito satisfeito/satisfeito				1,02 (1,01-1,04)		1,02 (1,01-1,03)	

Cunha et al. Raça e falta de acesso a serviços odontológicos.

Muito insatisfeito/ insatisfeito/nem satisfeito, nem insatisfeito	1	1
<i>Necessidade percebida de tratamento odontológico</i>	< 0.001	< 0.001
Não	1,03 (1,02-1,04)	1,02 (1,01-1,03)
Sim	1	1
Comportamentos de saúde bucal		
<i>Uso de forma regular</i>		0,193
Sim		1,01 (0,99-1,03)
Não		1
<i>Motivo da última consulta</i>		0,321
Preventivo		1,01 (0,99-1,03)
Urgência		1

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança.

*Teste qui-quadrado de Pearson.

**Regressão de Poisson com variância robusta.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelaram disparidades raciais no acesso a serviços odontológicos entre estudantes universitários. A prevalência de falta de acesso por indivíduos pretos e pardos (9,8%) foi quase o dobro da relatada por brancos e amarelos (5,6%). Estudos realizados com outras populações também identificaram desigualdades raciais tanto no acesso a serviços odontológicos,^{8,9,12,20} quanto em resultados normativos e subjetivos de saúde bucal.^{19,21,22,23,6,24} Ademais, já se sabe que a população negra brasileira, além de ter menor probabilidade de visita aos serviços de saúde e possuir menor cobertura de seguro saúde, é também mais propensa a ser maltratada por um profissional de saúde.^{8,20,25} O presente estudo avança na pesquisa de iniquidades raciais de saúde bucal ao trazer dados sobre a população universitária, composta em sua maior parte por jovens, uma faixa etária pouco investigada na literatura. Além disso, evidencia que, à exemplo das políticas de cotas raciais, introduzidas nas universidades públicas brasileiras a partir de 2012, que ampliaram significativamente o ingresso de pessoas negras no ambiente universitário, são necessárias políticas mais amplas que atuem na diminuição de barreiras de acesso a serviços de saúde bucal também por essa população, mitigando mais uma face das inúmeras iniquidades vivenciadas por pretos e pardos no país.

O racismo tem sido apontado como causa

fundamental das disparidades em saúde.²⁶ Esse sistema de opressão incorpora vários recursos flexíveis que beneficiam os indivíduos brancos, seja em níveis psicológicos, estruturais, individuais e sociais, o que é reflexo de processos sócio-históricos como a escravidão. A relação entre raça e desigualdades em saúde perpassa o status socioeconômico e inclui também relações de poder, prestígio, efeitos de vizinhança, estigmatização e discriminação, capazes de promover diferenças raciais significativas na saúde bucal.^{26,27}

O modelo comportamental expandido proposto por Andersen e Davidson propõe a utilização da "etnia" como uma variável exógena,¹⁷ justamente com o objetivo de desenvolver um modelo mais abrangente capaz de explicar as diferenças raciais nos resultados de saúde. Com base nesse modelo, ao utilizar a raça como variável exógena, os resultados do presente estudo mostraram que estudantes autodeclarados pretos e pardos tiveram 73% mais probabilidade de experienciarem a falta de acesso a serviços odontológicos em comparação com os estudantes brancos e amarelos (RP= 1,73; IC95% 1,20-2,50). Esses resultados corroboram com outros estudos que identificaram desvantagens importantes da população negra no acesso e no uso de serviços odontológicos.^{20,28,29} Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostraram que pessoas pretas se consultam menos em serviços odontológicos quando comparadas às brancas.²⁸ A prevalência de uso de serviços odontológicos nos últimos 12 meses foi de 43,8% para pretos e de 55% para brancos.²⁸ O estudo

realizado por Souza et al.²⁹ com idosos demonstrou que 21,2% dos idosos brancos visitaram o dentista no último ano, enquanto para os negros o valor foi de 14,2%. Constante, Marinho e Bastos,²⁰ através da análise de três inquéritos domiciliares nacionais (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 e Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019), identificaram que a percepção da dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi maior entre os negros do que entre os brancos em todo o período de observação e em todas as regiões geográficas brasileiras.

Os resultados deste estudo ratificam também pesquisas anteriores que apontam para a influência de determinantes sociais de saúde nas disparidades raciais de acesso a serviços odontológicos e nos resultados de saúde bucal.^{6,8,29} Ao inserir no modelo as variáveis relacionadas às características pessoais, do sistema de saúde (do segundo bloco) e aos comportamentos de saúde (terceiro bloco), a raça perdeu significância, mas outros fatores socioeconômicos permaneceram associados ao desfecho no modelo final.

Estudantes que relataram utilizar serviços odontológicos privados apresentaram 7% mais probabilidade de experienciar a falta de acesso (RP= 1,07; IC95% 1,04-1,11). Estima-se que ao menos 80% da população brasileira seja dependente de cuidados odontológicos exclusivamente públicos³⁰, portanto o financiamento de serviços privados é, de fato, uma barreira ao acesso de grande parte da população a esses serviços. Sendo assim, é fundamental que o SUS esteja preparado para contrabalançar as injustiças sociais mais amplas que permeiam os padrões de saúde e doença dos brasileiros, o que só é possível com a continuidade de políticas públicas que possibilitem a oferta de serviços de saúde baseados nos princípios de universalidade e equidade.

A análise também revelou que estudantes dos menores estratos de renda apresentaram 5% menos probabilidade de falta de acesso a serviços odontológicos (RP= 0,95; IC 95% 0,93-0,97). Esse resultado parece se contrapor aos resultados de outros estudos que identificaram que indivíduos com menor renda experimentam persistentemente uma saúde bucal significativamente pior e acesso dificultado aos serviços odontológicos do que a aqueles com maior renda familiar mensal.^{31,32} Contudo, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostraram que o pagamento por consultas odontológicas aumenta de acordo com a elevação dos estratos socioeconômicos e,²⁸ dessa forma, indivíduos com menor renda tendem a utilizar exclusivamente os serviços odontológicos públicos. Por um lado, esse resultado pode ser produto do exercício do princípio da equidade no Sistema Único de Saúde, que viabiliza maior alcance da população mais vulnerável ao sistema de saúde, o que poderia minimizar as iniquidades de saúde bucal da população. Por outro lado, essa associação traz à tona uma possível problemática:

a operacionalização de um modelo de universalização excludente, fruto do atual contexto político, econômico e social do país. As políticas de austeridade fiscal e a diminuição do financiamento das políticas públicas de saúde, tem culminado em um SUS seletivo, excludente, de baixos recursos e voltado para os pobres, distante dos princípios de equidade, universalidade e integralidade.

A associação entre a idade e a falta de acesso aos serviços odontológicos foi consistente com a literatura. Os estudantes com menor idade apresentaram 2% mais probabilidade de falta de acesso (RP= 0,54; IC 95% 0,38-0,79). A juventude é um período marcado por transformações psicológicas, comportamentais e físicas, além da aquisição de maior autonomia, que refletem na saúde integral dos jovens. Os comportamentos displicentes, as atitudes de rebeldia e a não percepção de vulnerabilidade, aumentam o risco de desenvolver doenças bucais nesta população.^{33,34} Aliado a isso, por se tratar de jovens universitários, grande parte dos estudantes residem em outras cidades para estudar em uma instituição de ensino superior pública, com isso a autonomia perpetua em todos os setores da vida. Por consequência, a saúde bucal pode ser negligenciada devido a outras preocupações como adaptação, rigor acadêmico, questões financeiras e afastamento familiar.³⁵

Em relação à escolaridade materna, universitários cujas mães possuíam menor nível de escolaridade apresentaram 3% mais probabilidade de falta de acesso a serviços odontológicos (RP= 1,03; IC 95% 1,01-1,06), o que é consistente com evidências científicas que mostram que famílias mais escolarizadas podem ter maiores níveis de conhecimento sobre cuidados bucais preventivos, bem como o acesso aos serviços odontológicos.³⁶ Além disso, as mães, por serem consideradas modelos sociais de comportamento de saúde para seus filhos, possuem um papel central na transferência de ensinamentos e exemplo na saúde bucal dos seus filhos, sendo assim, um baixo nível de escolaridade materna pode ser um fator relacionado à baixa literacia em saúde bucal.³⁷

Sobre os fatores relacionados à necessidade, sabe-se que a autopercepção de saúde bucal mede o valor atribuído à saúde bucal e determina a probabilidade de busca por cuidados pelo indivíduo com o objetivo de atingir um estado de saúde bucal ideal³⁸. Nesse sentido, os resultados mostraram que estudantes satisfeitos com a aparência dos dentes e da boca (RP= 1,02; IC 95% 1,01-1,04) e com falta de percepção de necessidade de tratamento (RP= 1,02; IC 95% 1,01-1,03) apresentaram maior probabilidade de falta de acesso (RP= 1,02; IC 95% 1,01-1,03). A procura por maior satisfação pessoal com a aparência consiste em uma das principais motivações para a busca por tratamentos odontológicos,³⁹ portanto o fato de os indivíduos estarem satisfeitos com a aparência e não perceberem necessidade de assistência, pode levá-los a

usar menos esses serviços.

Embora no modelo final a raça não tenha permanecido associada ao desfecho investigado, os resultados mostraram a existência de desigualdades no acesso entre os grupos raciais, sendo que outros fatores socioeconômicos se mostraram importantes para explicar essas diferenças.

Apesar deste resultado, é evidente na nossa sociedade que os grupos raciais não têm as mesmas oportunidades sociais. A falta de associação da raça após ajuste pode estar relacionada à natureza da população estudada no presente artigo. A despeito das políticas de cotas raciais, que possibilitaram a democratização do ensino superior e ampliação do acesso pela população negra, reconhece-se que a população universitária compõe ainda um grupo privilegiado, não refletindo o restante da população negra brasileira.

Além disso, sabe-se que as desigualdades de saúde refletem desigualdades mais abrangentes na sociedade, como raça, posição socioeconômica e gênero, que influenciam a saúde dos brasileiros por meio de diferentes relações e com magnitudes diversas.⁴⁰

Muitas investigações têm fornecido evidências sobre a existência de iniquidades raciais em saúde bucal. Os estudiosos concordam amplamente que as minorias raciais e étnicas frequentemente carregam o maior fardo das doenças bucais, que existem lacunas consideráveis entre os grupos raciais privilegiados e desfavorecidos e que essas as desigualdades raciais em saúde bucal tendem a persistir ao longo do tempo e no espaço.²⁴

Assim como no presente estudo, muitos estudos relacionaram as diferenças raciais em saúde bucal às desigualdades socioeconômicas, apontando a complexidade e desafios desse entrecruzamento.^{14,24,40}

Contudo, uma corrente de estudos mais recente, tem mostrado que as diferenças socioeconômicas entre grupos raciais e étnicos refletem apenas um dos múltiplos mecanismos pelos quais o sistema de opressão racial atuante na sociedade afeta a saúde bucal. Autores como Bastos et al.¹⁴ e Jamieson et al.¹⁵ apontam que o racismo, enquanto um sistema que atravessa as dimensões institucionais, culturais e comportamentais da vida social, também molda as desigualdades raciais na saúde bucal por meio de caminhos não econômicos interconectados. Estes incluem uma gama de recursos, nomeadamente poder (ou seja, a extensão em que um grupo social exerce controle sobre os outros), prestígio (honra ou deferência ligada a um indivíduo ou grupo social), liberdade (a capacidade de controlar as próprias circunstâncias de vida e ações), contexto da vizinhança e cuidados de saúde.

Este estudo apresentou algumas limitações. Primeiramente, por ser um estudo transversal, relações de causa e efeito não podem ser determinadas. Além disso, deve-se considerar que a motivação do indivíduo em participar do estudo pode influenciar nos padrões

de resposta. Por exemplo, indivíduos que atribuem maior importância à saúde bucal podem se sentir mais motivados a participar do estudo; por outro lado, indivíduos com maior necessidade de tratamento também podem ter maior interesse em participar do estudo. Dessa forma, alguns parâmetros podem ter sido super ou subestimados.

São necessários mais estudos que investiguem o papel de outras vias através das quais a raça e o racismo podem afetar a saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos, para além das influências e do entrecruzamento com fatores socioeconômicos. Considera-se que mitigar ou mesmo eliminar as desigualdades raciais na saúde bucal requer o envolvimento com teorias e ferramentas conceituais das ciências humanas e sociais que tratam a raça como parte de um sistema opressor com raízes históricas e consequências terríveis até os dias de hoje.¹⁴ Como dito por Constante, Marinho e Bastos,²⁰ a porta está aberta, mas nem todos podem entrar.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo revelaram diferenças no acesso a serviços odontológicos entre universitários negros e brancos, sendo que universitários pretos e pardos experimentam maior dificuldade de acesso, quando comparados aos brancos. De acordo com o modelo, as disparidades de raça/cor na falta de acesso são explicadas por questões relacionadas ao serviço de saúde bucal (tipo de serviço utilizado), bem como por características individuais de predisposição (idade, escolaridade materna), capacitadoras (renda familiar) e de necessidade (satisfação com a aparência e necessidade percebida).

Destaca-se que é imperativo que os pesquisadores e os formuladores de políticas levem em consideração a raça, bem como outros marcadores de diferença social, para descrever a distribuição injusta de resultados em saúde bucal e, assim, conseguir explicar e neutralizar as fontes de injustiça dentro e fora do campo da saúde bucal. Apenas o desenvolvimento de estratégias para lidar com o racismo sistêmico afetará com sucesso as lacunas raciais na saúde bucal. Nesse sentido, a implementação de estratégias intersetoriais abrangentes para dismantlar o racismo estrutural, juntamente com uma forte regulamentação política, são necessárias para erradicar as desigualdades de saúde bucal baseadas na raça na sociedade contemporânea.

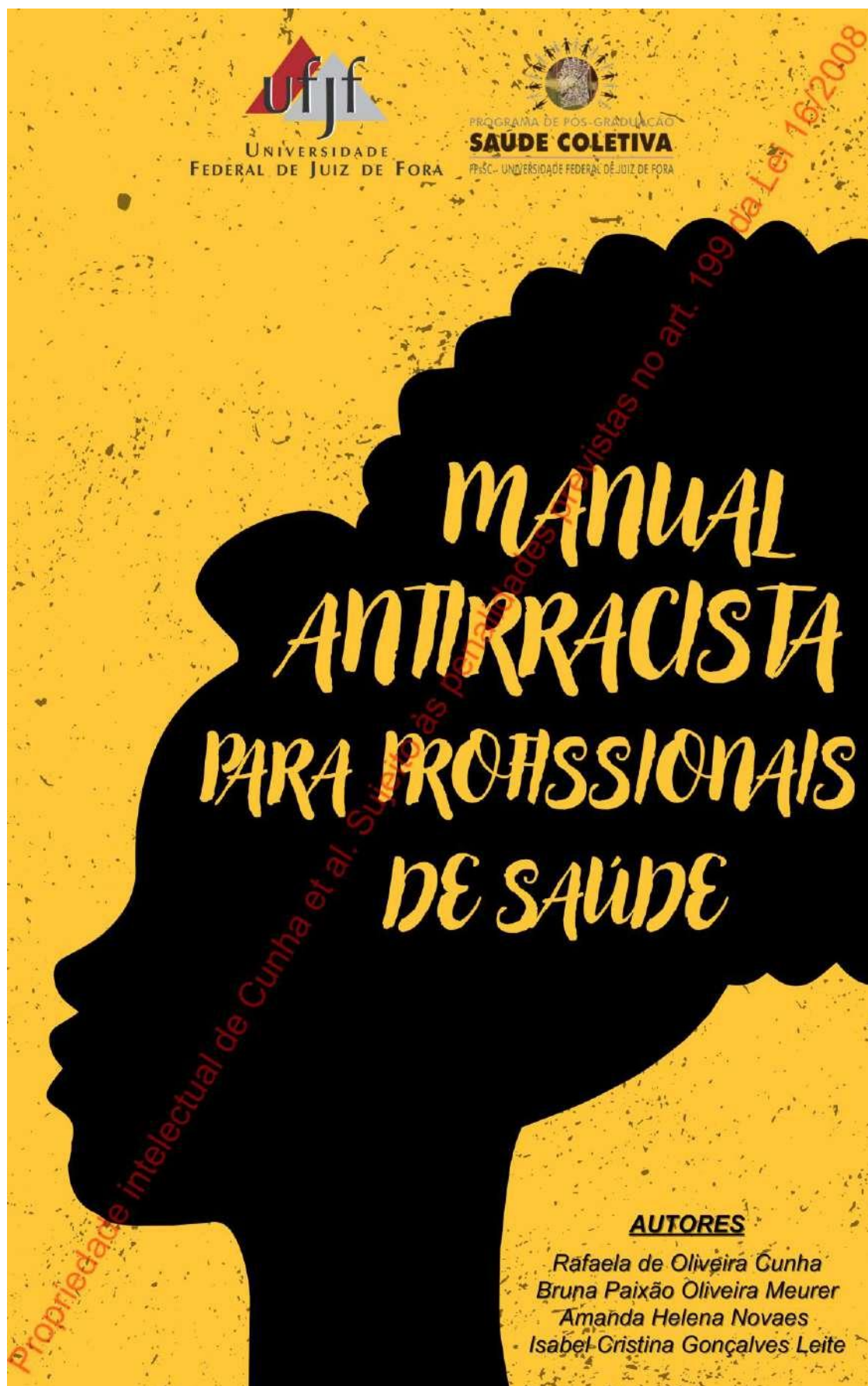
Além disso, destaca-se que as diferenças raciais no acesso à saúde persistirão se as políticas públicas continuarem a minimizar a importância dos princípios de universalidade e equidade no Sistema Único de Saúde. É necessário o aprimoramento e o fortalecimento de políticas de saúde no Brasil que visem mitigar e eliminar as desigualdades em saúde bucal persistentes no país.

REFERÊNCIAS

- Vieira JMR, Rebelo MAB, Martins NMO, Gomes JFF, Vettore MV. Contextual and individual determinants of non-utilization of dental services among Brazilian adults. *J Public Health Dent.* 2019; 79(1):60-70.
- Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(10):2490-502.
- Gomes AMM, Thomaz EBAF, Alves MTSSB, Silva AAM, Silva RA. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014; 19(2):629-40.
- Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013. National Health Survey. *Rev Saude Publica.* 2017; 51(suppl 1):3s.
- Herkraht FJ, Vettore MV, Werneck GL. Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model. *BMC Public Health.* 2020; 20(1):1-13.
- Karam SA, Schuch HS, Demarco FF, Barros FC, Horta BL, Correa MB. Social and racial inequity in self-rated oral health in adults in Southern Brazil. *Cad Saude Publica.* 2022; 38(3):e00136921.
- Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019; 394 (10194):249-60.
- Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 31(2):135-41.
- Bastos JL, Celeste RK, Paradies YC. Racial inequalities in oral health. *J Dent Res.* 2018; 97(8):878-86.
- Bastos JL, Boing AF, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2008. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(Supl. 2):S141-S153.
- Boing AF, Bastos JL, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Social determinants of health and dental caries in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2010. *Rev Bras Epidemiol.* 2014; 17(Supl. 2):102-15.
- Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet.* 2017; 389(10077):1453-63.
- Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015; 10(9):e0138511.
- Bastos JL, Constante HM, Celeste RK, Haag DG, Jamieson LM. Advancing racial equity in oral health (research): more of the same is not enough. *Eur J Oral Sci.* 2020; 128(6):459-66.
- Jamieson L, Peres MA, Guamizo-herreno CC, Bastos JL. Racism and oral health inequities: an overview. *E Clinical Medicine.* 2021; 34:100827.
- Lamenha-lins RM, Souza GLN, Feirreira FM, Paiva SM, Bastos JL, Serra-Negra JM. Racismo estrutural e saúde bucal. 1. ed. Belo Horizonte: Comissão Editorial FAO UFMG; 2022.
- Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res.* 1997; 11(2):203-9.
- Fonseca SGO, Fonseca EP, Meneghim MC. Factors associated with public dental service use by adults in the state of São Paulo, Brazil, 2016. *Cien Saude Colet.* 2019; 25(1):365-74.
- Han C. Oral health disparities: racial, language and nativity effects. *SSM Popul Health.* 2019; 8:100436.
- Constante HM, Marinho GL, Bastos JL. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. *Cien Saude Colet.* 2021; 26(9):3981-90.
- Cohen LA, Bonito AJ, Eicheldinger C, Manski RJ, Macek MD, Edwards RR et al. Behavioral and socioeconomic correlates of dental problem experience and patterns of health care-seeking. *J Am Dent Assoc.* 2011; 142(2):137-49.
- Wu B, Liang J, Plassman BL, Remle RC, Bai L. Oral health among white, black, and Mexican-American elders: an examination of edentulism and dental caries. *J Public Health Dent.* 2011; 71(4):308-17.
- Kelesidis, N. A racial comparison of sociocultural factors and oral health perceptions. *J Am Dent Hyg Assoc.* 2014; 88(3):173-82.
- Huang DL, Park M. Socioeconomic and racial/ethnic oral health disparities among US older adults: oral health quality of life and dentition. *J Public Health Dent.* 2015; 75(2):85-92.
- Cabral ED, Caldas Júnior AF, Cabral HAM. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(6):461-6.
- Phelan JC, Link BG. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annu Rev Sociol.* 2015; 41:311-30.

27. Costa F, Wendt A, Costa C, Chisini LA, Agostini B, Neves R et al. Racial and regional inequalities of dental pain in adolescents: Brazilian National Survey of School Health (PeNSE), 2009 to 2015. *Cad Saude Publica*. 2021; 37:e00108620.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa nacional de saúde: 2019; informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
29. Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(8):2063-70.
30. Probst LF, Pucca Junior GA, Pereira AC, Carli AD. Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal: revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet*. 2019; 24(12):4437-48.
31. Watt RG, Venturelli R, Daly B. Understanding and tackling oral health inequalities in vulnerable adult populations: from the margins to the mainstream. *Br Dent J*. 2019; 227(1):49-54.
32. Teixeira AKM, Angelo GR, Noro LRA. Inequalities in dental care during the life course of young people: a cohort study. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(1):249-58.
33. Bottan EA, Vitoretti AJ, Santi DG, Silveira EG. Percepção de adolescentes sobre as competências essenciais ao cirurgião-dentista. *Arq Cent Estud Curso Odontol*. 2015; 51(3):145-51.
34. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S, Dick B, Ekeh AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012; 379(9826):1630-40.
35. Barbosa LNF, Asfora GCA, Moura MC. Ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas em jovens universitários. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2020; 16(1):1-8.
36. Nourijelyani K, Yekaninejad MS, Eshraghian MR, Mohammad K, Foroushani AR, Pakpour A. The influence of mothers' lifestyle and health behavior on their children: an exploration for oral health. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16(2): e16051.
37. Curi DSC, Figueiredo ACL, Jamelli SR. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(5):1561-76.
38. Deep A, Singh M, Sharma R, Singh M, Mattoo KA. Perceived oral health status and treatment needs of dental students. *Natl J Maxillofac Surg*. 2020; 11(1):76-80.
39. Boeira GF, Salas MMS, Araújo DC, Masotti AS, Correa MB, Demarco FF. Factors influencing dental appearance satisfaction in adolescents: a cross-sectional study conducted in Southern Brazil. *Braz J Oral Sci*. 2016; 15(1):8-15.
40. Chor D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(7):1272-5.

APÊNDICE G – “Manual antirracista para profissionais de saúde”



SUMÁRIO

03

O QUE É
RACISMO E O
QUE EU TENHO A
VER COM ISSO?

06

O IMPACTO DO
RACISMO NA
ÁREA DA
SAÚDE

11

AFINAL, QUAL O MEU
PAPEL DIANTE DO
RACISMO E DE SUAS
REPERCUSSÕES?

12

COMO SER UM
PROFISSIONAL
DE SAÚDE
ANTIRRACISTA?

18

SUGESTÕES
DE LEITURA

20

PASSO A PASSO
PARA SE TORNAR
UM PROFISSIONAL
ANTIRRACISTA

21

REFERÊNCIAS

O QUE É RACISMO E O QUE EU TENHO A VER COM ISSO?

Quando você pensa em “racismo” o que vem de imediato à sua mente?

É bem provável que nesse momento você tenha pensado em alguma forma de preconceito ou discriminação de uma pessoa em relação a outra em decorrência da raça. Isto está correto? Em partes sim. De fato, esse tipo de comportamento é uma expressão, infelizmente, muito comum de racismo. Porém, é fundamental que entendamos o quanto o racismo transcende esse tipo de manifestação individual.

É fácil dizer que não somos racistas e, portanto, não temos nada a ver com essa discussão, quando pensamos no racismo enquanto apenas um ato discriminatório individual. No entanto, o racismo não se reduz a um preconceito ou a um ato discriminatório. Apesar de muitas vezes se manifestar em formas individuais de discriminação racial, o racismo é definido por seu caráter sistêmico e estrutural (Almeida, 2019).

O racismo é um sistema de opressão gerador de comportamentos, práticas e crenças que fundamentam desigualdades evitáveis e injustas entre grupos sociais baseadas na raça. Ele constitui um elemento estrutural e estruturante das relações na nossa sociedade (Bonilla-Silva, 2021).

Daí vem o termo “racismo estrutural”, que você possivelmente já pode ter ouvido falar. Quando falamos de racismo estrutural não estamos nos referindo a um “tipo” de racismo, na realidade o racismo é sempre estrutural, pois consiste em um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade (Almeida, 2019).

O racismo molda todas as relações sociais, políticas, jurídicas e econômicas que desfavorecem uma pessoa ou grupo por conta da sua raça. Assim, abrange desde os sistemas, leis e políticas (escritas ou não escritas) que produzem, toleram e perpetuam o tratamento injusto generalizado de determinados grupos raciais até as expressões individuais de ódio e violência, como o preconceito e discriminação racial (Braveman et al., 2022).

PRECONCEITO RACIAL

Trata-se de um julgamento baseado em estereótipos sobre indivíduos pertencentes a um grupo racial específico. Pode ou não resultar em práticas discriminatórias. É um fenômeno pertencente ao campo das ideias e dos processos mentais.

DISCRIMINAÇÃO RACIAL

É a ação baseada no preconceito. Consiste em dar tratamento diferenciado a alguém ou a um grupo em razão da raça. Inclui ações que prejudicam ou colocam em desvantagem outro grupo racial, e também aquelas que injustamente favorecem o próprio grupo do perpetrador em detrimento do outro.

RACISMO

Sistema de opressão através do qual condições de subalternidade e privilégio são distribuídas entre os grupos raciais e se reproduzem nos domínios da política, economia e nas interações cotidianas. Engloba, além de manifestações individuais de preconceito e discriminação, todas as relações sociais, políticas, jurídicas e econômicas que desfavorecem uma pessoa ou grupo por conta de sua raça.



Dessa forma, podemos dizer que os comportamentos discriminatórios individuais são derivados de uma sociedade cujo racismo é regra e não exceção. Em outras palavras, existem pessoas racistas porque a sociedade, como um todo, é racista.

Portanto, todos nós, membros dessa sociedade, temos muito a ver com o racismo e precisamos aprender não apenas a não ser racistas, mas a ser antirracistas.

O IMPACTO DO RACISMO NA ÁREA DA SAÚDE



O racismo impacta a saúde de várias formas, incluindo a maior prevalência de problemas físicos e mentais entre grupos raciais marginalizados, iniquidades no acesso a serviços de saúde e a falta de diversidade e competência cultural entre os profissionais de saúde.

As iniquidades raciais em saúde se referem a diferenças injustas entre grupos com base na raça, etnia ou quaisquer outros marcadores de herança ancestral ou cultural. Essas iniquidades são evidentes em uma variedade de indicadores.

- Indivíduos negros frequentemente apresentam taxas mais altas de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas;
- A expectativa de vida é consistentemente mais baixa entre as populações negras em comparação com grupos brancos.

Essas diferenças não se devem a características genéticas, mas sim às conjunturas sociais, econômicas e ambientais que são moldadas pelo racismo. As condições que as pessoas vivem, aprendem e se divertem contribuem para a sua saúde. O racismo estrutural expõe as pessoas negras a condições prejudiciais à saúde, além de impor e sustentar barreiras às oportunidades que promovam saúde e bem-estar. As oportunidades negadas incluem acesso a bons empregos, condições satisfatórias de moradia, educação de qualidade, tratamento justo pelo sistema de justiça criminal e cuidados de saúde de alta qualidade (Almeida, 2019).

As experiências discriminatórias individuais, também afetam saúde de indivíduos de grupos raciais marginalizados. Em todos os níveis econômicos, esses indivíduos são expostos constantemente a um tratamento interpessoal injusto baseado na raça, que pode produzir um estresse crônico, que é comprovadamente capaz de aumentar o risco de doenças crônicas.

Mesmo que um determinado indivíduo não tenha experimentado pessoalmente um incidente abertamente discriminatório, a consciência do tratamento injusto com base na raça sofrido pelos pares semelhantes pode ser estressante, levando à ansiedade crônica e à preocupação sobre a ocorrência de incidentes pessoais. A partir da literatura médica, sabemos que a discriminação racial percebida leva à desconfiança no sistema de saúde, depressão induzida por estresse, comportamentos de saúde ruins e resultados de saúde ruins (Braveman et al., 2022).

Em suma, podemos dizer que o racismo é uma causa fundamental das doenças e a grande raiz das desigualdades raciais em saúde em todo mundo. Ele adocece e mata, seja por força, privação ou discriminação.

O racismo também exerce influência na força de trabalho em saúde, resultando em baixa diversidade racial, falta de competência cultural e, até mesmo, tratamento discriminatório (consciente ou inconsciente) por parte dos profissionais de saúde.

A baixa diversidade racial entre os profissionais de saúde de nível superior é um reflexo da exclusão da população negra de funções de maior reconhecimento e prestígio social e melhores remunerações. Dessa forma, a branquitude e o elitismo marcam o perfil dessas profissões (Jamieson et al., 2021).

O racismo também pode se manifestar de forma direta no ambiente de atendimento clínico, visto que indivíduos de grupos raciais historicamente marginalizados podem vir a enfrentar discriminação e preconceito por parte dos profissionais de saúde, o que pode abalar a confiança no sistema de saúde e levar o indivíduo a evitar ou postergar cuidados essenciais, comprometendo seu bem-estar e qualidade de vida.

A literatura documenta extensivamente atitudes e comportamentos discriminatórios por parte dos profissionais de saúde com base na raça. Estudos mostram que pessoas negras em situação de cuidado frequentemente recebem tratamento menos respeitoso, têm sua autonomia nas decisões clínicas mais restrita e são mais responsabilizadas por falhas no tratamento em comparação a pessoas brancas (Candido et al., 2019).



Profissionais de saúde podem perpetuar estereótipos racistas, por exemplo, ao sugerir que pessoas negras têm maior resistência à dor. Essa crença ignora a diversidade dentro da comunidade negra e pode levar à negligência no tratamento da dor, resultando em disparidades no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde.

Nas diversas áreas da saúde, indivíduos de grupos racialmente marginalizados frequentemente recebem tratamentos menos conservadores e mais invasivos em comparação aos brancos. Essa disparidade reflete tanto a falta de compreensão das necessidades individuais quanto vieses raciais que podem influenciar as decisões clínicas dos profissionais de saúde, impactando a qualidade e a equidade no atendimento.

Esse comportamento discriminatório é contribuído pela falta de competência cultural de grande parte dos profissionais de saúde.

COMPETÊNCIA CULTURAL

Define-se competência cultural, nesse contexto, como um compromisso contínuo de autoavaliação e autocrítica frente aos desequilíbrios de poder que atravessam as relações entre profissionais de saúde e as pessoas e comunidades atendidas.

Os profissionais devem desenvolver práticas colaborativas com as pessoas e comunidades, baseadas no respeito mútuo, na escuta qualificada e na valorização dos saberes populares, adotando uma postura não hierárquica e comprometida com a autonomia no cuidado. Uma prática de saúde culturalmente segura é caracterizada por ações que reconhecem, respeitam e alimentam a identidade cultural única de um povo e atendem às suas necessidades, expectativas e direitos. Ela acontece quando um profissional de saúde desenvolve sensibilidade cultural e é capaz de identificar e refletir sobre sua própria cultura e a influência que ela exerce sobre sua prática. Dessa maneira, a interação dos dois não é prejudicial, e a dignidade e o respeito são mantidos para ambos (Gouveia, Silva, Pessoa, 2019).

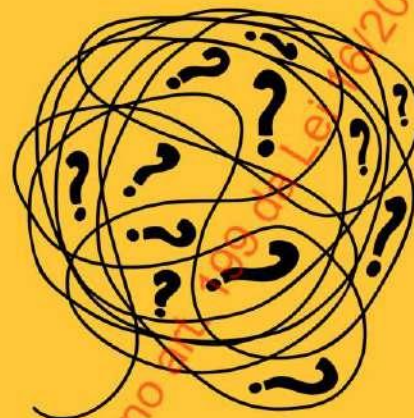
Atribuir maior ou menor autonomia a indivíduos com base em características raciais configura uma prática discriminatória, que deve ser problematizada tanto na formação quanto na atuação profissional. A perspectiva verticalizada da relação entre profissionais de saúde e pessoas em situação de cuidado — na qual o primeiro detém o poder exclusivo sobre as decisões clínicas e silencia as demandas do outro — reflete um modelo de atuação baseado na ausência de competência cultural, que precisa ser superado em direção a práticas mais dialógicas, equitativas e culturalmente sensíveis.

Para abordar o racismo estrutural na saúde, é necessário um **esforço multifacetado** que aborde suas raízes profundas e suas múltiplas manifestações. Isso inclui políticas que promovam a equidade em saúde, programas de diversidade e inclusão no setor de saúde, treinamento culturalmente sensível para profissionais de saúde e esforços para combater o racismo em todas as suas formas.

É crucial reconhecer que o racismo não é apenas uma questão moral ou social, mas também uma questão de saúde pública. Abordar o racismo estrutural na saúde não é apenas uma questão de justiça, mas também uma questão de saúde e bem-estar para todas as pessoas. Enquanto o racismo persistir, continuaremos a ver disparidades inaceitáveis em saúde que prejudicam as comunidades racializadas e minam o princípio fundamental da justiça em saúde.



FINAL. QUAL O MEU PAPEL DIANTE DO RACISMO E DE SUAS REPERCUSSÕES?



À essa altura, já entendemos que o racismo não se limita a uma conduta individual discriminatória e que ele está arraigado em estruturas sociais, políticas e culturais que perpetuam a disparidade racial. Assim, todos, independentemente de raça ou etnia, somos impactados por essas estruturas e podemos desempenhar papéis tanto na sua manutenção, quanto na sua desconstrução.

Logo, ao internalizarmos essa compreensão, assumimos a responsabilidade de combater o racismo e promover a igualdade racial. Isso implica nos educar sobre as diferentes formas de manifestação do racismo, examinar nossos próprios preconceitos e privilégios, e adotar medidas concretas para confrontar o racismo em nossas comunidades e instituições.

Todos compartilhamos a responsabilidade de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, onde o peso do racismo não seja sentido. Para além disso, enquanto profissionais de saúde, temos a responsabilidade de promover saúde para a população e o reconhecimento do racismo como um determinante social da saúde o coloca no centro desse debate.

COMO SER UM PROFISSIONAL DE SAÚDE ANTIRRACISTA?

1

RECONHEÇA A EXISTÊNCIA DO RACISMO E DAS INIQUIDADES RACIAIS EM SAÚDE

Especialmente no Brasil, onde se perpetua o grande mito da democracia racial e muitas pessoas, ainda nos dias de hoje, negam a existência do racismo, reconhecer a existência deste e o impacto que ele exerce na vida dos indivíduos é o primeiro passo para se tornar antirracista.

Aceitar essa realidade nos permite enfrentar as injustiças sistêmicas que impactam os grupos raciais minoritários em diversos aspectos da vida e priorizar ações efetivas para promover a igualdade e valorizar a diversidade em todos os setores da sociedade.



**RACISM
IS NOT
OPINION**

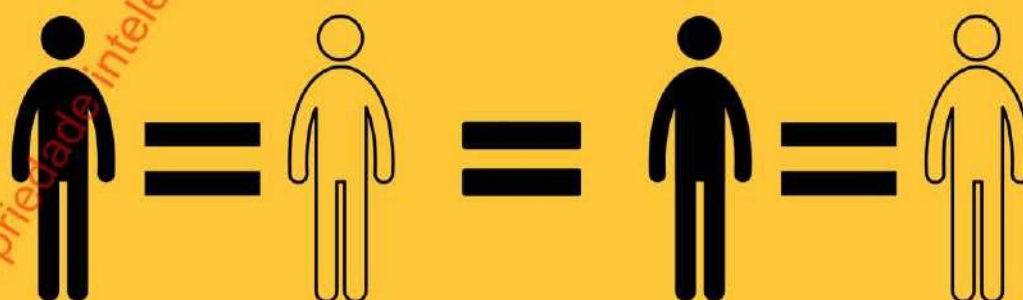
2

QUESTIONE SUAS ATITUDES E PRÁTICAS

É fundamental ponderarmos nossas posturas e condutas como um passo na luta contra o racismo, o que implica analisar minuciosamente nossos próprios comportamentos e convicções arraigadas, e estarmos receptivos a aprender e evoluir.

Um exemplo evidente ocorre quando nos deparamos com situações em que formulamos suposições com base na raça de alguém. Por exemplo, ao mudar de calçada para evitar um grupo de jovens negros, estamos perpetuando estereótipos prejudiciais e fortalecendo o temor racial. Ao questionarmos essa postura, podemos nos conscientizar de como o racismo influencia nossas ações e buscar maneiras de confrontá-lo.

Outro exemplo é quando negligenciamos ou minimizamos a vivência de racismo de outras pessoas. Por exemplo, se alguém relata ter sido alvo de discriminação racial no ambiente de trabalho e nós ignoramos ou duvidamos de sua experiência, estamos menosprezando sua vivência e perpetuando a injustiça. Questionar essa prática envolve escutar com atenção as vivências de outras pessoas, validar seus sentimentos e procurar formas de apoiá-las.

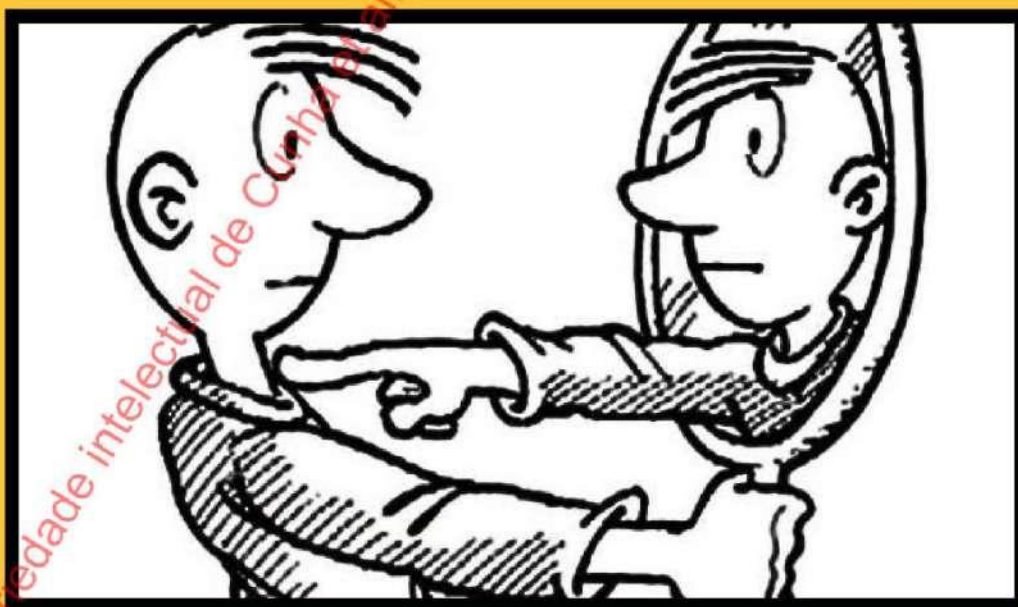


lém disso, é fundamental problematizar, no cotidiano de trabalho, atitudes relacionadas ao respeito à autonomia da pessoa atendida, à indicação de tratamentos e ao tratamento diferenciado com base na raça. Questionar nossas próprias práticas nos permite reconhecer e enfrentar o racismo internalizado que, muitas vezes, reproduzimos de forma não intencional.

Em suma, indagar sobre nossas atitudes exige um compromisso contínuo com a autoconsciência e a autocrítica. Ao fazermos isso, podemos contribuir para a criação de um ambiente mais justo e equitativo, onde todos são respeitados e valorizados independentemente de sua raça ou etnia.

“NÃO HÁ NADA MAIS TRÁGICO NESTE MUNDO DO QUE SABER O QUE É CERTO E NÃO FAZÊ-LO. QUE TAL MUDARMOS O MUNDO COMEÇANDO POR NÓS MESMOS?”

— MARTIN LUTHER KING



3

APOIE AS AÇÕES AFIRMATIVAS

As ações afirmativas são políticas e medidas criadas para corrigir desigualdades históricas e assegurar a inclusão de grupos marginalizados, como pessoas negras e indígenas, em diferentes aspectos da sociedade. Assim, apoiá-las implica reconhecer a necessidade de enfrentar as injustiças históricas e estruturais que têm contribuído para desigualdades com base na raça e etnia, o que inclui implementar políticas como cotas raciais em instituições de ensino e no mercado de trabalho, garantindo acesso igualitário a oportunidades educacionais e profissionais para grupos historicamente excluídos.

Além disso, respaldar as ações afirmativas significa defender a diversidade e representatividade em todos os aspectos da sociedade, como mídia, cultura, política e outros setores. Isso é essencial para garantir que as vozes e experiências das comunidades marginalizadas sejam reconhecidas e valorizadas, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva e justa para todos.

Isto posto, é indispensável compreender que as ações afirmativas não visam privilegiar um grupo em detrimento de outro, mas sim garantir igualdade de oportunidades para todos, independentemente de raça ou origem étnica. Ao apoiarmos essas políticas, estamos trabalhando para criar um ambiente mais equitativo e diversificado, onde cada indivíduo possa alcançar seu potencial máximo sem ser prejudicado por discriminação ou preconceito.



4

ATUE NA LUTA ANTIRRACISTA

Atuar na luta antirracista é um compromisso com a justiça, igualdade e respeito pela diversidade. Assim, não é apenas uma questão de palavras, mas de ações concretas que desafiam e desmontam as estruturas de opressão racial.

Salienta-se que uma forma poderosa de atuar na luta antirracista é educando-se e educando os outros. Isso envolve questionar ativamente as narrativas dominantes que perpetuam estereótipos e preconceitos, e buscar compreender a história e as experiências das pessoas racializadas. Participar de grupos de estudo, ler obras de autores negros, assistir a filmes e documentários que abordam o tema do racismo são estratégias para ampliar nosso entendimento e nossa capacidade de dialogar sobre essa questão de maneira mais informada e sensível.

Outra forma crucial de atuar na luta antirracista é reconhecer e confrontar o racismo em nossas próprias vidas e comunidades. Isso pode significar estar atento aos nossos próprios preconceitos e privilégios, e trabalhar ativamente para desaprender padrões de pensamento e comportamento que sustentam a supremacia branca.

Além disso, é fundamental apoiar e participar de movimentos e organizações antirracistas que estão na linha de frente da luta por justiça racial. Isso pode envolver doações financeiras, voluntariado, participação em protestos e manifestações, ou simplesmente amplificar as vozes e demandas desses grupos em nossas redes sociais e círculos de influência.

Atuar na luta antirracista não é uma tarefa fácil, e muitas vezes envolve enfrentar resistência e desconforto. No entanto, é um compromisso vital para a construção de um mundo mais justo e inclusivo para todas as pessoas, independentemente de sua raça ou origem étnica. Como nos lembra Djamila Ribeiro, em seu livro “Pequeno Manual Antirracista”, cada pequena ação conta e pode fazer a diferença na transformação da sociedade rumo a um futuro verdadeiramente antirracista.



PASSO A PASSO PARA SE TORNAR UM PROFISSIONAL ANTIRRACISTA

PASSO 1	PASSO 2
Eduque-se sobre o racismo: Comece por aprender sobre o racismo, suas origens históricas, suas manifestações contemporâneas e como ele afeta a saúde das pessoas. Leia livros, artigos e assista a documentários que abordam essas questões. Esteja aberto a confrontar seus próprios preconceitos e privilégios.	Reconheça o racismo na saúde: Esteja ciente das disparidades raciais na saúde e reconheça como o racismo estrutural influencia essas disparidades. Isso envolve entender como políticas, práticas e sistemas de saúde contribuem para a desigualdade.
PASSO 3	PASSO 4
Promova a equidade em sua prática: Faça um esforço consciente para oferecer cuidados de saúde equitativos a todos, independentemente de sua raça, etnia ou origem cultural. Isso pode incluir a realização de avaliações de saúde culturalmente sensíveis, adaptando os planos de tratamento para atender às necessidades individuais e defendendo políticas que promovam a equidade na saúde.	Examine seus próprios vieses e privilégios: Faça uma autoavaliação honesta de seus próprios preconceitos e privilégios. Esteja disposto a reconhecer e desafiar qualquer comportamento ou atitude que possa contribuir para a perpetuação do racismo.

PASSO 5	PASSO 6
Promova a diversidade e inclusão: Trabalhe para criar ambientes de trabalho e equipes de saúde que sejam diversos e inclusivos. Isso pode envolver recrutamento ativo de profissionais de saúde de diversas origens e culturas, bem como a promoção de um ambiente onde todas as vozes sejam valorizadas.	Advogue por mudanças sistêmicas: Trabalhe para mudar políticas e práticas institucionais que perpetuam o racismo na saúde. Isso pode envolver o envolvimento em iniciativas de defesa, colaboração com organizações comunitárias e advocacia por políticas que promovam a equidade na saúde.
PASSO 7	PASSO 8
Seja um aliado: Esteja disposto a usar sua posição e privilégio para apoiar e amplificar as vozes daqueles que são afetados pelo racismo na saúde. Isso pode envolver o apoio a comunidades marginalizadas, defendendo por mudanças sistêmicas e se posicionando contra o racismo sempre que surgir.	Atenção: Lembre-se de que ser um profissional de saúde antirracista é um processo contínuo de aprendizagem e crescimento. Esteja aberto ao feedback, disposto a reconhecer e corrigir erros e, acima de tudo, comprometido em promover um sistema de saúde mais justo e equitativo para todos.

SUGESTÕES DE LEITURA

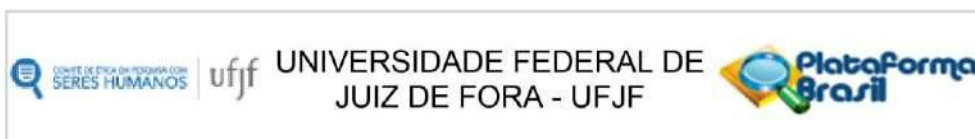


REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen, 2019.
- BONILLA-SILVA, E. What Makes Systemic Racism Systemic? *Sociol Inq*, v. 91, n. 3, p. 513-533, 2021.
- BRAVEMAN, P. A.; ARKIN, E.; PROCTOR, D.; KAUF, T.; HOLM, N. Systemic And Structural Racism: Definitions, Examples, Health Damages, And Approaches To Dismantling. *Health Aff*, v. 41, n. 2, p. 171-178, 2022.
- CANDIDO, L. C.; FINKLER, M.; BASTOS, J. L.; FREITAS, S. F. T. Conflitos com o paciente, cor/raça e concepções de estudantes de Odontologia: uma análise com graduandos no Sul do Brasil. *Physis*, v. 29, n. 4, e290410, 2019.
- GOUVEIA, E. A.; SILVA, R. D. O.; PESSOA, B. H. S. Cultural competence: An answer required to overcome barriers to health care access for Minoritized populations. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 1, p. 82-90, 2019.
- JAMIESON, L.; PERES, M.A.; GUARNIZO-HERRENO, C. C.; BASTOS J.L. Racism and oral health inequities; An overview. *EClinicalMedicine*, v. 34, 100827, 2021.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Racismo e saúde bucal: uma análise multinível

Pesquisador: RAFAELA DE OLIVEIRA CUNHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68139823.6.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.041.263

Apresentação do Projeto:

As informações aqui colocadas foram retiradas do documento Informações Básicas do projeto. Trata-se de um estudo transversal de modelagem multinível a ser realizado com alunos maiores de 18 anos matriculados em cursos de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) no ano de 2023. A coleta de dados será realizada por meio de aplicação de questionário online construído na plataforma Google formulários e enviado ao participante via e-mail pela Diretoria de Imagem Institucional da UFJF. Evidências recentes em nível global têm revelado que as minorias raciais e étnicas frequentemente carregam o maior fardo das doenças bucais e que lacunas consideráveis existem entre grupos raciais privilegiados e desfavorecidos. Essas iniquidades raciais em saúde bucal persistem ao longo do tempo e no espaço e, portanto, devem fazer parte das prioridades das pesquisas e políticas de saúde bucal. Embora essas questões permaneçam como uma forma de conhecimento indiscutível entre os pesquisadores em odontologia, não há consenso do porque as desigualdades raciais em saúde bucal surgem dentro e entre os países em todo o mundo. Mesmo que a raça venha sendo há tempos estudada como fator explicativo das iniquidades em saúde bucal nos estudos epidemiológicos, o racismo é ainda pouco estudado na literatura odontológica. Uma literatura crescente tem mostrado que as diferenças socioeconômicas entre os grupos raciais refletem apenas um dos múltiplos mecanismos pelos quais o racismo afeta a saúde bucal. Como um sistema que atravessa as dimensões institucionais, culturais e comportamentais da vida social, o racismo também molda as desigualdades raciais na saúde bucal

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

CEP: 36.036-900

E-mail: cep.propp@ufjf.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.041.263

por meio de caminhos não econômicos interconectados, que incluem uma gama de recursos de poder (ou seja, a extensão em que um grupo social exerce controle sobre os outros), prestígio (honra ou deferência ligada a um indivíduo ou grupo social), liberdade (a capacidade de controlar as próprias circunstâncias de vida e ações), contexto da vizinhança e cuidados de saúde. Estudiosos da área enfatizam que compreender essas disparidades envolve abordar as múltiplas formas através das quais o racismo pode

afetar a saúde dos indivíduos, incluindo nos estudos, além de experiências individuais de discriminação racial, as dimensões institucionais e estruturais do racismo, que são as forças motrizes das iniquidades raciais em saúde. Portanto, a realização do presente estudo, que objetiva avaliar o impacto do racismo na saúde bucal com a utilização de uma abordagem multinível, ajudará a preencher uma lacuna do conhecimento científico e

contribuirá na identificação de fatores causadores e perpetuadores das iniquidades raciais em saúde bucal, apoiando uma prática científica antirracista e auxiliando na elaboração de medidas que visem a equidade racial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar disparidades raciais e prevalência de experiências de discriminação racial em saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos entre estudantes maiores de 18 anos de uma instituição de ensino superior pública. Analisar o papel de fatores individuais e contextuais de racismo na distribuição dos resultados de saúde bucal e do acesso a serviços odontológicos por raça/cor nesta população.

Objetivo Secundário:

Mensurar a prevalência dos resultados de saúde bucal autorreferidos por raça/ cor na população estudada. • Mensurar a prevalência de acesso e uso de serviços de saúde bucal por raça/ cor na população estudada. • Estimar as prevalências de experiências de racismo interpessoal pela população de estudo. • Avaliar a associação entre as variáveis de nível individual e os desfechos de saúde bucal autorreferidos entre estudantes maiores de 18 anos da UFJF. • Avaliar o efeito de variáveis de nível contextual nos desfechos de saúde bucal autorreferidos entre estudantes maiores de 18 anos da UFJF. • Identificar a persistência das associações entre racismo nos níveis individual e contextual e os desfechos investigados após ajuste para covariáveis demográficas e socioeconômicas

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.041.263

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

No referido projeto de pesquisa, que se vale da aplicação de questionário via e-mail, os riscos previstos são considerados mínimos. Os participantes não terão nenhum custo, e não receberão qualquer vantagem financeira para participar do estudo. Além disso, há a garantia do anonimato dos participantes e possibilidade de cancelamento da participação em qualquer momento caso seja vontade do participante. Os participantes da pesquisa serão esclarecidos quanto aos objetivos e solicitados a preencher um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), manifestando a concordância em serem inseridos no estudo. Os indivíduos não sofrerão qualquer dano e/ou prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa. A pesquisadora se compromete em não divulgar os e-mails dos participantes, nem utilizá-los para outras finalidades. As normas éticas para pesquisas que envolvem seres humanos serão rigorosamente seguidas, conforme recomendado na resolução Nº 466 (BRASIL, 2012).

Benefícios:

O presente estudo busca contribuir na identificação de disparidades raciais de saúde bucal e no acesso a serviços odontológicos, além de compreender como as formas de manifestação do racismo à nível individual e estrutural podem influenciar esses desfechos. Espera-se que os resultados do estudo possam fornecer subsídios para mitigar as iniquidades raciais em saúde bucal, favorecendo o acesso para aqueles que mais necessitam, além de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e para o fortalecimento da pesquisa antirracista na saúde e na odontologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

CEP: 36.036-900

E-mail: cep.propp@ufjf.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.041.263

linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h. Está em consonância com as Normas e Diretrizes para as pesquisas em ambiente virtual conforme consta no OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2027.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

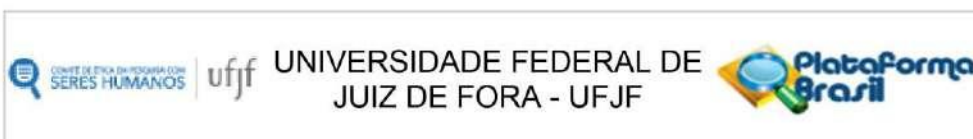
UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

CEP: 36.036-900

E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.041.263

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2107578.pdf	21/03/2023 11:29:03		Aceito
Outros	Curriculo_Isabel.pdf	21/03/2023 11:28:04	RAFAELA DE OLIVEIRA CUNHA	Aceito
Outros	Curriculo_Mario.pdf	21/03/2023 11:25:49	RAFAELA DE OLIVEIRA CUNHA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	21/03/2023 08:44:25	RAFAELA DE OLIVEIRA CUNHA	Aceito
Outros	Curriculo_pesquisador_responsavel.pdf	20/03/2023 18:23:28	RAFAELA DE OLIVEIRA CUNHA	Aceito
Outros	Termo_sigilo.pdf	20/03/2023 18:20:05	RAFAELA DE OLIVEIRA CUNHA	Aceito
Outros	CARTA_CONVITE_CEP.docx	20/03/2023 18:09:36	RAFAELA DE OLIVEIRA CUNHA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADOS_CEP.docx	20/03/2023 18:09:20	RAFAELA DE OLIVEIRA CUNHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura.pdf	20/03/2023 18:08:49	RAFAELA DE OLIVEIRA CUNHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.docx	20/03/2023 18:07:04	RAFAELA DE OLIVEIRA CUNHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CEP.docx	20/03/2023 18:06:02	RAFAELA DE OLIVEIRA CUNHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 05 de Maio de 2023

Assinado por:

Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br

ANEXO B – Aceite para publicação do artigo 2 pela revista *Ciência e Saúde Coletiva*

10/04/2025, 10:46

Gmail - Ciência & Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CSC-2023-0766.R2



Rafaela de Oliveira Cunha <rafaeladeoliveiracunha@gmail.com>

Ciência & Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CSC-2023-0766.R2

1 mensagem

Antônio Augusto Moura Silva <onbehalf@manuscriptcentral.com>

3 de setembro de 2024 às 15:12

Responder a: aamouradasilva@gmail.com

Para: rafaeldoliveiracunha@gmail.com

Cc: cienciaesaudecoletiva8@gmail.com

03-Sep-2024

de Oliveira Cunha, Rafaela; Mariano, Pedro; Nogueira, Mário; Leite, Isabel Cristina:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Iniquidades raciais em saúde bucal na população brasileira: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019" for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

In order for your manuscript to be edited, we would ask that you include the text in a single file with the: (1) Title (in Portuguese and in the foreign language); (2) Authors (full name, institution, e-mail and ORCID); (3) Summary (in Portuguese and in the foreign language); (4) Keywords (in Portuguese and in the foreign language); (5) Full text of the article (from the introduction to the references) and (6) Illustrative material (if any, in up to 5 units).

We note that this file, which cannot be in PDF format, must have the same content as the manuscript which was reviewed. It is this version which shall be published.

The file and the declarations attached should be sent to the e-mail: cienciaesaudecoletiva8@gmail.com

Thank you for your contribution.

Dear Author,

Sharing primary material and methodological details worked out by you to arrive at the results presented in this article is part of the process called Open Science. Therefore, we strongly suggest that you share this material, placing it in a certified and reliable repository, and quote it in your article. SciELO makes its repository available to the Journals that are part of its collection (<https://data.scielo.org/>).

Access the social networks of Revista Ciência & Saúde Coletiva

Facebook: <https://www.facebook.com/revistacienciaesaudecoletiva/>

Twitter: <https://twitter.com/RevistaCSC>

Instagram: [@revistacienciaesaudecoletiva](https://www.instagram.com/revistacienciaesaudecoletiva)