

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DÉBORA MENDES DA SILVA

DESIGUALDADES RACIAIS
NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA (PNS 2019)

Porto Alegre

2021

DÉBORA MENDES DA SILVA

DESIGUALDADES RACIAIS
NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA (PNS 2019)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Professora Luciane Maria Pilotto

Porto Alegre

2021

DÉBORA MENDES DA SILVA

DESIGUALDADES RACIAIS
NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA (PNS 2019)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Odontologia da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, como requisito parcial para
obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Porto Alegre, 26 de Novembro de 2021.

Prof^ª. Dr^ª. Luciane Maria Pilotto (orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^ª. Dr^ª. Aline Blaya Martins
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Souza Bairros
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Iara e Gilson, por não medirem esforços para proporcionar a realização dos meus sonhos, por todo apoio e amor incondicional. Ao meu irmão Bruno, por todo carinho e incentivo em todos esses anos. Vocês são o meu bem mais precioso e essa conquista é nossa.

À minha família Mendes e à família Silva. Presentes em momentos distintos, mas sempre me acolhendo e contribuindo ao me acolher das mais diversas maneiras.

Aos amigos que ganhei durante essa jornada: Caroline, Eduardo, Emily, Jonas, Luana e Manoella. Sem vocês teria sido muito mais difícil. Aos meus colegas de turma, em especial: Bruno, Lucas e Thaís. Sentirei saudades das nossas resenhas que alegravam a rotina.

Às minhas amigas, meus exemplos de força e resistência: Evellyn, Lisandra e Viviane. Vocês me inspiram!

Ao meu namorado Diogo, agradeço pelo amor, cumplicidade e companheirismo. Obrigada por estar ao meu lado e por fazer parte da minha vida.

Agradeço também a Professora Luciane Pilotto, minha orientadora dedicada e generosa. Obrigada por sua empatia, confiança no desenvolvimento deste trabalho e por sua orientação que o tornou realidade. Por cada monitoria, iniciação científica e projetos que trabalhamos juntas ao decorrer do curso.

À Professoras Fernanda Bairros e Aline Blaya por aceitarem o convite para ser parte da banca avaliadora deste trabalho.

E a todos que contribuíram de alguma forma para minha formação. Muito Obrigada!

“Somos eu, somos sujeito, somos quem descreve, somos quem narra, somos autoras/es e autoridade da nossa própria realidade.”

Grada Kilomba

RESUMO

Poucos estudos discutem sobre a existência de iniquidades raciais no uso de serviços de saúde odontológicos e nas condições de saúde bucal discutindo o racismo como determinante. As condições de saúde bucal autorreferidas são medidas subjetivas que refletem a percepção dos indivíduos sobre sua saúde bucal. A discriminação nos serviços de saúde por raça, pode interferir no acesso aos serviços odontológicos, bem como pode interferir nas condições de saúde bucal. Grupos considerados politicamente minorias e sistematicamente discriminados geralmente têm piores condições de saúde, o que aumenta as evidências sobre iniquidades relacionadas ao acesso e cuidados de saúde. Assim, os objetivos desta pesquisa foram analisar a relação entre raça/cor, acesso aos serviços odontológicos e as condições de saúde bucal na população adulta brasileira a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019. Além disso, foi discutida a influência do racismo estrutural nos serviços de saúde. Trata-se de um estudo observacional transversal com utilização de dados de bancos públicos. Foram incluídos todos os indivíduos que responderam os questionários da PNS e as perguntas de interesse para este estudo. As variáveis são oriundas das perguntas da PNS, sendo que algumas delas foram criadas com a combinação de mais de uma pergunta. A variável desfecho foi as condições de saúde bucal medida pela combinação das perguntas com informações sobre perda dental e uso de prótese autorreferida tendo duas categorias. Foram realizadas análises bivariadas estratificadas por raça/cor (branca/negra) entre o desfecho e cada covariável para testar sua associação utilizando o teste do Qui-Quadrado de Pearson. Todas as variáveis com $p < 0,10$ foram mantidas no modelo de regressão logística. As análises foram realizadas utilizando o peso amostral por meio do software estatístico R, versão 4.0.2. Quanto aos principais resultados obtidos, verificou-se que dos entrevistados cerca de 24.319 (41,4%) de indivíduos negros relataram ter perdas dentárias e não utilizam prótese enquanto brancos na mesma categoria são 11.148 (33,4%) indivíduos. Notou-se também que a utilização de serviços odontológicos variou bastante ao ser analisado por raça/cor, porém, na melhor categoria de saúde bucal, o acesso aos serviços de saúde seja no sistema público ou no privado, foi predominante pelos indivíduos brancos, mesmo havendo mais negros no país. Conclui-se que os resultados deste estudo evidenciaram desigualdades raciais em condições de saúde bucal, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019, em todos os desfechos analisados (perda dentária e o não uso de prótese), com maior vulnerabilidade da população negra (pretos e pardos) em relação aos brancos. Diante disso, ressalta-se a necessidade de ações que visem o combate ao racismo institucional e o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com o objetivo de minimizar as desigualdades sociais resultantes da discriminação racial.

Palavras-Chave: Condições de Saúde Bucal, Uso de Serviços de Saúde, Desigualdades Raciais, Racismo.

ABSTRACT

Few studies discuss the existence of racial inequities in the use of dental health services and oral health conditions, discussing racism as a determinant. Self-reported oral health conditions are subjective measures that reflect the individuals perception of their oral health. Discrimination in health services by race can interfere with access to dental services, as well as interfere with oral health conditions. Groups considered minorities and systematically discriminated against generally have worse health conditions, which increases the evidence on inequities related to access and health care. Thus, the objectives of this research were to analyze the relationship between race/color, access to dental services and oral health conditions in the Brazilian adult population based on data from the National Health Survey (PNS), carried out in 2019. Furthermore, the influence of structural racism on health services was discussed. This is a cross-sectional observational study using data from public banks. All individuals who answered the PNS questionnaires and the questions of interest for this study were included. The variables come from the PNS questions, some of which were created by combining more than one question. The outcome variable was oral health conditions measured by combining the questions with information about tooth loss and self-reported prosthesis use having two categories. Bivariate analyzes stratified by race/color (white/black) between the outcome and each covariate were performed to test their association using the Pearson chi-square test. All variables with $p < 0.10$ were kept in the logistic regression model. Analyzes were performed using the sample weight using the R statistical software, version 4.0.2. As for the main results obtained, it was found that of the respondents, about 24,319 (41.4%) of black individuals reported having tooth loss and not using prostheses, while white individuals in the same category are 11,148 (33.4%) individuals. It was also noted that the use of dental services varied a lot when analyzed by race/color, however, in the best category of oral health, access to health services, whether in the public or private system, was predominant by white individuals. It is concluded that the results of this study showed racial inequalities in oral health conditions, based on data from the National Health Survey carried out in 2019, in all analyzed outcomes (tooth loss and non-use of dentures), with greater vulnerability of the black population (blacks and browns) in relation to whites.

Keywords: Oral Health Conditions, Use of Health Services, Racial Inequalities, Racism.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
2.1	OBJETIVO GERAL	9
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1	A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	10
3.2	AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL.....	11
3.3	CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL - PERDA DENTÁRIA E USO DE PRÓTESE.....	11
3.4	CONSTRUÇÃO SOCIAL DO RACISMO.....	13
3.5	RACISMO E SAÚDE	14
4	METODOLOGIA.....	16
4.1	COLETA DE DADOS	16
4.2	TIPO DE ESTUDO	16
4.3	AMOSTRA.....	16
4.4	ELENCO DE VARIÁVEIS.....	17
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	18
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	18
5	RESULTADOS	19
6	DISCUSSÃO	21
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
	REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

Os agravos relacionados à saúde bucal da população brasileira representam importantes problemas de saúde pública, devido à sua prevalência e sua gravidade. Pesquisas sobre a condição de saúde bucal dos brasileiros, com cobertura nacional, ainda são pouco exploradas quando se refere ao recorte raça/cor. Destacam-se os levantamentos epidemiológicos sobre saúde bucal da população brasileira realizados pelo Ministério da Saúde nos anos de 1986, 1996 (apenas com escolares), 2003 e 2010 (NICO *et al.*, 2015). Os estudos existentes revelam um panorama das iniquidades em Saúde, mas pouco se aprofundam na discussão do quesito raça como determinante social de saúde.

Ainda assim, é possível identificar que há disparidades na condição de saúde entre grupos raciais distintos, em termos de morbimortalidade e em relação ao acesso dos serviços de saúde. A utilização dos serviços de saúde bucal, por exemplo, pode ser um dos indicadores utilizados para compreensão das desigualdades sociais no acesso e condições de saúde entre raça e cuidados dentários, visto que existem barreiras de acesso e demandam altos custos (SOUZA *et al.*, 2012).

Vale ressaltar que, o uso dos serviços de saúde representa a base do desempenho dos sistemas de saúde. A definição de uso compreende todo contato direto - consultas médicas, hospitalizações - ou indireto - realização de exames preventivos e diagnósticos - com os serviços de saúde. Esse conjunto é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura assistências e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS, MARTINS 2004). O acesso aos serviços de saúde é um dos principais fatores na análise da qualidade e desempenho dos sistemas de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2017).

As iniquidades no acesso a serviços de saúde por parte da população negra no Brasil são reforçadas por dados que comprovam que atendimento médico, consultas, planos de saúde e tratamento odontológico são mais acessíveis à população branca. Apesar da população negra ser mais numerosa no país, ela apresenta evidências das desigualdades sócio-raciais no Brasil: menor concentração de riqueza, piores condições de moradia e habitação, menor acesso à educação e maior índice de desemprego. Perversos efeitos, resultantes do racismo que faz parte da natureza sócio-histórica do país (LOPES, 2005). Do mesmo modo, as doenças bucais também são consideradas como expressões de desigualdades que contribuem para a situação de iniquidade em saúde nessa população (GUIOTOKU *et al.*, 2012).

Segundo Pereira (2010), “a saúde bucal constitui um fator de grande interferência na qualidade de vida dos indivíduos”. Em seu trabalho, o autor apresenta que a percepção da saúde

bucal pelas pessoas se dá no âmbito físico, social e psicológico, sendo que a capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto costumam ser considerados aspectos positivos e negativos na qualidade de vida, também considera aspectos de autoestima e autoconfiança (CARDOZO *et al.*, 2016). Além de que, “[...] há evidências de que a autopercepção negativa da saúde guarda relação com indicadores de iniquidades sociais, evidenciando a ação deletéria dos determinantes sociais de saúde” (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013). Estudos avaliaram o possível efeito de características contextuais das desigualdades sociais sobre diferentes agravos de saúde bucal. Observa-se, por exemplo, que em relação à doença periodontal, indivíduos da cor preta e parda tiveram mais chances (OR = 2,1; OR= 1,8) de doença periodontal “moderada a grave” em relação aos indivíduos da cor branca, assim como crianças da cor preta e parda tiveram maior prevalência de cárie não tratada do que crianças da cor branca (VETTORE; MARQUES; PERES, 2013; ARDENGHI; PIOVESAN; ANTUNES, 2013).

O interesse pelo tema das condições de saúde bucal com recorte raça/cor surgiu a partir de um projeto de pesquisa na iniciação científica e do reconhecimento da necessidade de aprofundar assuntos que ainda são poucos analisados. Ver que a saúde da população negra ainda é pouco discutida ao longo da graduação causou um certo desconforto e a necessidade de evidenciar de alguma forma esse debate. Trazer esse conteúdo para discussão é uma oportunidade importante para salientar e discutir os terríveis efeitos do racismo institucional sobre a população negra. Da mesma forma, reconhecer os obstáculos existentes para o grupo e a necessidade de criar formas eficazes de enfrentá-los, tanto na prática clínica, quanto na gestão dos serviços de saúde, torna esse estudo uma forma de contribuir na promoção da equidade em saúde. Nesse sentido, esse estudo objetivou analisar a relação entre raça/cor, acesso aos serviços odontológicos e as condições de saúde bucal na população adulta brasileira a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2019. Ressalta-se a importância desse estudo para aprofundar a reflexão sobre a relação que as desigualdades em saúde têm sobre as condições de vida da população negra, resultado de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo foi analisar as condições de saúde bucal da população brasileira estratificada por raça/cor a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2019.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as condições de saúde bucal da população brasileira com 15 anos ou mais de idade, considerando o recorte raça/cor (negra e branca).
- Identificar os fatores associados às condições de saúde bucal da população brasileira de acordo com a raça/cor.
- Discutir sobre a influência do racismo institucional nas condições de saúde bucal da população e no acesso aos serviços odontológicos.
- Propor reflexões acerca da prática profissional e da necessidade de criar estratégias de enfrentamento ao racismo institucional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O uso dos serviços de saúde é um complexo processo e depende de uma variedade de fatores relacionados com as necessidades de saúde, com as características individuais do usuário, com as características contextuais, com a organização do sistema e as políticas desenvolvidas (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Existem alguns modelos teóricos explicativos para melhor compreender a relação entre o uso de serviços e seus determinantes. Os modelos mais utilizados são os propostos por Andersen e colaboradores (2008), e sua versão mais atual propõe que a utilização dos serviços depende de uma série de variáveis do nível contextual e individual, além de comportamentos e práticas em saúde e dos próprios resultados, como a saúde percebida e a satisfação do paciente.

A utilização dos serviços de saúde é o resultado de uma interação de fatores, como a necessidade e a percepção desta sob a ótica do usuário, e a oferta disponível de serviços. Diversas condições associam-se a essa oferta, de modo que a acessibilidade geográfica e os elementos socioculturais e econômicos, por exemplo, têm papel fundamental na demanda voltada aos serviços de saúde (STOPA *et al.*, 2017). Portanto, “assim como outros aspectos do modo de vida relacionados à esfera do consumo, o acesso e o uso de serviços de saúde tendem a refletir os níveis de desigualdades existentes na sociedade” (BARATA, 2008. p. 20).

A vulnerabilidade de indivíduos, grupos sociais ou populações a diferentes problemas de saúde pode ser analisada em três dimensões complementares, determinantes para a produção do processo saúde/ doença em sua dimensão coletiva: a vulnerabilidade individual a social e a vulnerabilidade programática. Desse ponto de vista, as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde podem ser tratadas como parte dos aspectos que possibilitam ou não, aos diferentes grupos sociais, o acesso aos recursos necessários para buscar assistência para seus problemas de saúde. No entanto, a vulnerabilidade no acesso e uso de serviços de saúde associa-se também com as outras dimensões de vulnerabilidade, visto que as características demográficas e sociais são determinantes do uso de serviços, pelo lado da demanda (BARATA, 2008).

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, as pessoas autodeclaradas brancas usaram mais os serviços de saúde, sendo que o percentual de brancos que usaram os serviços de saúde bucal foi de 55%, já entre pardos e pretos este percentual foi de 45,3% e 43,8%, respectivamente (IBGE, 2019). Os resultados desta mesma pesquisa,

indicaram outros fatores que interferiram no uso dos serviços, como a escolaridade, quanto menor a escolaridade menor o percentual de pessoas que consultaram dentista, e o gênero, sendo que os homens consultaram menos.

3.2 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Define-se por autopercepção ou autoavaliação em saúde a observação que uma pessoa faz em relação a sua condição de saúde e suas experiências na vida diária, baseada na informação e nos conhecimentos disponíveis em relação às definições de saúde e doença, que sofrem influência também da vivência prévia e dos contextos psicossociais, culturais e históricos de cada pessoa (NOGUEIRA *et al.*, 2017).

A autopercepção de saúde é um marcador com aceitável aprovação em saúde pública, dada a sua relação com indicadores de mortalidade, morbidade e uso de serviço, além de ter seu uso progressivamente dispersado. No que se refere à saúde bucal, a autopercepção tem forte relação com o modo como o indivíduo percebe sua saúde como um todo, que sofre influência pelas crenças, pelo perfil sociodemográfico e pelo histórico de doença bucal do sujeito. Essa percepção é afetada de modo distinto por diversas situações e danos bucais, como número de dentes, uso/tipo de prótese e dificuldades de mastigação, sendo que essas relações se manifestam de maneira diferente entre os edêntulos e aqueles com dentes presentes (BIDINOTTO *et al.*, 2017).

3.3 CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL - PERDA DENTÁRIA E USO DE PRÓTESE

De acordo com Bittencourt (2017), “ter, cuidar e preservar os dentes naturais contribuem para a qualidade de vida, possibilitando ao indivíduo sentimentos de conquista, orgulho, controle, melhor funcionalidade da boca e aparência”. No entanto, a perda dentária é uma ocorrência grave na vida dos pacientes e é considerada uma importante medida da condição de saúde bucal de uma população (PROBST *et al.*, 2016). A perda dentária constitui a expressão máxima de más condições de saúde bucal e representa o efeito cumulativo das doenças bucais, como a cárie dental e a doença periodontal. É a soma do nível de gravidade das doenças bucais, do modelo de atenção vigente e da maneira como as pessoas entendem o agravo. Além de constituir uma marca de desigualdade social, causa consequências físicas como a reabsorção do rebordo residual e funcionais, como a diminuição da função mastigatória que restringe o consumo de alimentos, atinge a fonação e a estética. Pode desencadear

problemas psicológicos e emocionais e, além disso, o edentulismo que consiste na perda total ou parcial dentária, sendo um fator de risco independente para a perda de peso que pode levar à fragilização do indivíduo, diminuindo ainda mais a sua qualidade de vida (TEIXEIRA *et al.*, 2016).

A perda dentária é um desafio para a saúde pública, pois resulta em grande demanda por tratamentos reabilitadores, que obriga os gestores públicos a oferecer o cuidado em saúde de acordo com as necessidades da população (BITTENCOURT; CORRÊA; TOASSI, 2017). Diante disso, a reabilitação por meio de próteses dentárias pode ter um impacto positivo no comportamento e na aparência dos pacientes, pois, ao restabelecer de maneira adequada a estética e a função mastigatória, implica em uma melhora na convivência social dos pacientes. Entretanto, o impacto da perda dentária sobre a vida das pessoas não deve ser desconsiderado, visto que, mesmo aceitando bem suas próteses, muitos pacientes podem ter dificuldade em lidar com a perda total ou parcial dentária em razão dos sentimentos negativos associados a essa condição (PROBST *et al.*, 2016).

Sendo assim, além de suas consequências, a perda dentária pode ser considerada uma marca de desigualdade social (TEIXEIRA, 2016). Os resultados dessas decorrências no estado geral de saúde devem ser considerados através das principais dimensões da saúde: sinais e sintomas físicos, capacidade funcional, funcionamento social e compreensão de bem-estar. A análise desses efeitos deve considerar também que o comportamento dos indivíduos é condicionado por suas percepções e pela importância dada a elas. Assim, o conhecimento sobre o sentimento do paciente associado à perda dentária, bem como sua probabilidade quanto à reposição protética, pode nortear o planejamento dos serviços de saúde nessa área (PROBST *et al.*, 2016).

Existe desigualdade na distribuição de perda dentária e uso de prótese no Brasil de acordo com a raça/cor. Como exemplo, um estudo com dados do SB 2010 mostrou que a prevalência de perda dentária entre adolescentes, adultos e idosos foi maior na população negra, mostrando as desigualdades raciais nas condições de saúde bucal dos brasileiros (PERES *et al.*, 2013). Em uma pesquisa recente com adultos encontrou que 9,3% dos brancos haviam perdido todos os dentes, ao passo que entre os negros foi de 8,5% (IBGE, 2019). A perda dentária também está associada ao uso dos serviços odontológicos e, é possível, que indivíduos negros tenham menos acesso ao tratamento, mesmo que este seja mutilador. Esta mesma pesquisa mostrou que 35,4% dos brancos utilizavam algum tipo de prótese dentária, ao passo que entre a população negra este percentual foi de 30,7%.

3.4 CONSTRUÇÃO SOCIAL DO RACISMO

A raça da população brasileira compreende grande importância nas análises dos conflitos e desigualdades da nossa sociedade, onde operam nitidamente práticas de discriminação por cor e aparência (SCHUMANN, 2010). Apesar de, tradicionalmente as definições sobre raça serem, na realidade, construções fortemente ideológicas que procuram validação nos traços fenotípicos, a raça simboliza e efetua parte fundamental das desigualdades sociais, econômicas e políticas, e atua como referência significativa nas relações sociais. Por um lado, o conceito de raça tem servido para naturalizar as desigualdades e, sob outra perspectiva, se constitui nas “lentes” mediante as quais se olha o mundo (MONAGREDA, 2017).

Sistemas de domínio racial foram instituídos especificamente com base em diferenças fenotípicas, que impõem as qualidades morais, psicológicas, intelectuais e culturais dos diferentes grupos humanos, tendo um deles como referência. Desta forma, o entendimento atual de raça, não se baseia no sentido biológico, mas na ideia que esconde uma ligação de poder e dominação. Neste modo, o propósito de raça aqui estabelecida é: uma categoria socialmente construída, uma ferramenta para dominar e excluir, um indicador sociopolítico de desigualdades (GOUVEIA, ZANELLO, 2019).

Com a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação, foi possível destacar que o espaço social que brancos, negros (pretos e pardos) e indígenas ocupam na sociedade se reflete nos marcadores sociais: piores indicadores de escolaridade, inserção nos piores postos de trabalho e com menor acesso a bens e serviços sociais (PAIXÃO *et al.*, 2010). Essas desigualdades contribuem para a manutenção da miséria material (como o desemprego e a falta de acesso ao saneamento básico), da restrição da participação política e do isolamento espacial e social. Este fenômeno, intitulado racismo, implantou-se, por meio da cultura, no tecido social e nos comportamentos da sociedade brasileira (MUNANGA, 2002).

O racismo é um sistema estruturante, que causa comportamentos, práticas, crenças e preconceitos que estabelecem desigualdades evitáveis e injustas entre grupos sociais, baseadas na raça ou etnia. E, de forma institucional, impede o acesso a bens, serviços e oportunidades, estando implícito às normas que orientam as ações destas instituições (GOES, 2018; JONES, 2000)

De acordo com Werneck (2016), o racismo constitui-se em três dimensões: institucional, interpessoal e internalizado. Atuam simultaneamente, produzindo efeitos sobre grupos e indivíduos, gerando pensamentos, sentimentos e condutas, apesar de seus efeitos deletérios o racismo produz a naturalização das iniquidades, levando indivíduos a citar o

racismo como invisível e sutil. Por ser considerado a dimensão mais negligenciada do racismo, o racismo institucional que se desloca de dimensão individual para dimensão estrutural, que resulta em tratamento e resultados desiguais, foi a dimensão mais exposta neste estudo. Apesar dos diferentes tipos de racismo, Sílvia Almeida (2019) reforça, em seu livro *Racismo Estrutural*, que todo racismo é estrutural, pois está na base da estruturação da sociedade, na sua forma econômica, política e social.

3.5 RACISMO E SAÚDE

A sociedade brasileira, é composta por brancos, negros – pretos e pardos –, amarelos e indígenas que ocupam espaços sociais diferentes, que se representa nos indicadores sociais. A população negra e indígena possui os piores indicadores de escolaridade, de renda, condições mais precárias de moradia, estão inseridos nos piores postos de trabalho e têm menos acesso a bens, menor acesso à saúde e serviços sociais (MUNANGA, 2006). Entretanto, apesar do visível contraste, o racismo ainda é invisível para os olhos da sociedade, e dados como esses, muitas vezes, são interpretados como fruto da desigualdade econômica e não relacionados a aspectos raciais (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019).

Pode-se dizer, que o racismo se manifesta de diversas formas na sociedade, e, apesar de suas formas mais explícitas serem proibidas por lei, permanece na estrutura social moldando o comportamento dos indivíduos, como, por exemplo, a forma diferenciada pela qual as instituições tratam os sujeitos. O racismo institucional, também conhecido como racismo sistêmico, definido como “o fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”, possui uma forma sutil de manifestação e se encontra implícito no funcionamento das instituições (KALCKMANN *et al.*, 2007).

A prática do racismo institucional na área da saúde afeta preponderantemente as populações negra e indígena. A invisibilidade das doenças que são mais prevalentes nestes grupos populacionais, a não inclusão da questão racial nos aparelhos de formação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da atenção à saúde, assim como o acesso aos insumos, determina diferenças importantes nos perfis de adoecimento e falecimento entre brancos e negros (LÓPEZ, 2012). Além disso, o racismo institucional também está presente na prestação de serviços, sua influência vai desde a limitação ao acesso à saúde pela população negra até a relação entre os profissionais de saúde (WERNECK, 2016).

Um exemplo da prática deste processo no âmbito da saúde, são as diferenças significativas na pesquisa sobre a anemia falciforme. A falta de conhecimento dos profissionais a respeito da enfermidade é marcante e tem como consequência seu diagnóstico tardio, apesar de a descoberta precoce da doença ser um dos principais elementos para um bom prognóstico (LÓPEZ, 2012, BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013). Ainda assim, muitas vezes, os sintomas são tratados como dependência química, outro exemplo da estigmatização da população negra (OLIVEIRA, KUBIAK, 2019).

Ao longo das últimas décadas, vem sendo produzido um conjunto de evidências que apontam para importantes disparidades raciais no Brasil. As desigualdades segundo raça/cor também têm sido documentadas nas pesquisas em saúde, com os segmentos socialmente menos favorecidos, incluindo pretos e pardos. No âmbito da saúde, estudos apontam para as influências raça/cor no acesso ao serviço e sua utilização (LEAL *et al.*, 2017).

Para isso, faz-se necessário incentivar discussões sobre o assunto e desenvolver estudos que, além de dar visibilidade às desigualdades, possam auxiliar para a compreensão de como as discriminações agem sobre a saúde da população negra. Além de ser essencial que, considerando a extensão territorial e a diversidade étnico-racial do Brasil, se proporcionem estudos no país, procurando identificar diferenças regionais. O racismo institucional deve ser analisado para que seja entendido como indicador da qualidade do atendimento prestado à população (KALCKMANN *et al.*, 2007).

Estudos investigando a discriminação no uso dos serviços odontológicos têm sido desenvolvidos, apesar de ainda incipientes. Altas prevalências de discriminação percebida por raça/cor da pele foram encontradas para uso de serviços odontológicos preventivos (17,3%) em estudo com amostra de pessoas adultas representativa da população brasileira (JUNIOR *et al.*, 2020). Outro estudo mostrou que a cor da pele interferiu na escolha de tratamento ofertada por dentistas aos seus pacientes, sendo que os indivíduos negros receberam tratamentos mais simples e de menor valor (CHISINI *et al.*, 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 COLETA DE DADOS

Os dados utilizados neste estudo são provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2019.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional transversal com utilização de dados de banco público.

4.3 AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelos indivíduos com 15 anos ou mais de idade que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019 e que responderam o questionário do morador selecionado. Os questionários da PNS contemplam dois níveis de informações, possuem questões relativas aos domicílios e outras que dizem respeito aos indivíduos residentes. O inquérito utiliza processo de amostragem probabilística complexa em três estágios e são representativos da população. O primeiro estágio é o conjunto de setores censitários que cobrem todo o território nacional selecionados com probabilidade proporcional, o segundo estágio são os domicílios e as unidades de terceiro estágio são definidas pelos moradores com 15 anos ou mais de idade (STOPA *et al.*, 2020). As questões relacionadas ao domicílio e a todos os moradores foram respondidas por um residente do mesmo domicílio com 18 anos ou mais e que respondeu pelos demais. As questões individuais destinadas a um morador selecionado foram respondidas por um morador de 15 anos ou mais de idade.

Para o ano de 2019, 94.111 moradores foram selecionados, porém 90.846 entrevistas foram realizadas. Para este estudo, foram excluídos os indivíduos que se autodeclararam amarelos ou indígenas, sendo que a amostra compreendeu um total de 89.472 moradores selecionados.

4.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de elegibilidade incluem todos os indivíduos que responderam às perguntas de interesse para este estudo do questionário da PNS em 2019.

4.3.2 Critérios de exclusão

Os indivíduos que não responderam às perguntas de interesse para o estudo do questionário da PNS em 2019 e os indivíduos autodeclarados amarelos ou indígenas.

4.4 ELENCO DE VARIÁVEIS

4.4.1 Variáveis principais

As análises foram estratificadas por raça/cor, em duas categorias: branca e negra (preta e parda). Para este estudo optou-se em excluir os indivíduos que se autodeclararam amarelos e indígenas, uma vez que o número total de pessoas nesta categoria foi muito pequeno e os mesmos não tinham características que poderiam justificar sua junção em outras categorias de análise. E sua permanência no estudo poderia gerar distorções nas análises estatísticas. O desfecho foi as condições de saúde bucal medida pela combinação das perguntas com informações sobre perda dental e uso de prótese autorreferida tendo duas categorias. A primeira categoria agrupou os indivíduos que não perderam nenhum dente e aqueles que perderam até 12 (doze) dentes e usam prótese dentária e a segunda agregou as pessoas que perderam dentes e não usam prótese dentária.

5.4.2 Variáveis sociodemográficas

Foram consideradas: idade categorizada em três faixas (adulto jovem - de 15 a 39 anos, adulto - entre 40 a 59 anos e idoso com 60 anos ou mais), sexo (masculino e feminino), nível de instrução em quatro categorias (sem escolaridade ou ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo e ensino superior ou mais), renda familiar mensal equivalizada em quatro categorias (até 1/2 Salário Mínimo (SM), mais de 1/2 até 1 SM, mais de 1 até 2 SM e 3 ou mais SM).

5.4.3 Variáveis relacionadas ao uso dos serviços e autopercepção da saúde bucal

Consulta odontológica no último ano em três categorias (não consultou, consultou no serviço público e consultou no serviço privado), cadastro em Estratégia de Saúde da Família (sim e não ou não sabe), posse de plano de saúde exclusivamente odontológico (sim e não) e autopercepção de saúde bucal (boa/muito boa e regular/ruim/muito ruim).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando-se o software R, versão 4.0.2, e a interface RStudio, versão 1.3.959. Todas as análises foram realizadas utilizando o peso amostral. Desenvolveu-se as seguintes análises:

1. Análise descritiva: análise das frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse.
2. Análises bivariadas estratificadas por raça/cor: entre a variável desfecho e cada covariável para testar sua associação utilizando o teste do Qui-Quadrado de Pearson. Todas as variáveis com $p < 0,10$ foram mantidas no modelo de regressão.
3. Análise de regressão logística binária: foram realizadas análises multivariadas para testar a associação entre o desfecho e as covariáveis. O método stepwise backward foi utilizado para inclusão das variáveis independentes. As variáveis que apresentaram $p > 0,05$ foram excluídas do modelo. Termos de interação entre a variável raça/cor e todas as covariáveis foram testadas no modelo de regressão logística. O odds ratio (OR) e os respectivos intervalos de confiança (IC 95%) foram estimados. O ajuste de cada modelo foi avaliado usando AIC (Akaike Information Criteria) onde os valores mais baixos indicam o melhor ajuste.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto faz parte de uma pesquisa maior, já aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 34238, e intitulada “Avaliação da posse de planos privados no uso de serviços de saúde e na saúde dos indivíduos”. Ademais, o projeto dispensa o encaminhamento ao sistema do Comitê de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, uma vez que esta pesquisa envolve somente dados de domínio público, em que não há identificação dos participantes. Apesar disso, cabe destacar que o projeto da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Conselho Nacional de Saúde (CNS) sob o Parecer nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019.

5 RESULTADOS

A amostra do estudo compreendeu 33.133 (37%) indivíduos negros e 56.339 (63%) brancos, totalizando 89.472 indivíduos com 15 anos ou mais de idade. A Tabela 1 demonstra os dados da pesquisa estratificados por raça. Em relação à perda dentária e não uso de prótese dentária, cerca de 24.319 (41,4%) de indivíduos negros e 11.148 (33,4%) indivíduos brancos reportaram perdas dentárias e não utilizavam prótese. Já os que não apresentam perdas e utilizavam prótese, aproximadamente 66,6% dos cidadãos eram brancos e 58,6% eram negros. Dos indivíduos negros que apresentaram perda e que não usam prótese dentária, em sua maioria tinham entre 49 a 59 anos de idade, eram do sexo masculino, sem ou com ensino fundamental incompleto, renda de até ½ salário mínimo e avaliaram sua saúde bucal como regular, ruim ou muito ruim. Quanto à uso de plano odontológico, 40,5% indivíduos negros que tinham perdas e não usavam prótese dentária possuíam plano, enquanto os brancos que se classificaram na mesma categoria, foi de 33,9%. Todas as variáveis apresentaram significância estatística nas análises bivariadas ($p < 0,05$).

Tabela 1: Frequência absoluta e relativa com peso amostral das condições de saúde bucal estratificada por raça/cor de acordo com as covariáveis*, PNS 2019.

	Negros		Brancos	
	Sem perdas/usa	Com perdas/não usa	Sem perdas/usa	Com perdas/não usa
Total	32020 (58,6%)	24319 (41,4%)	21985 (66,6%)	11148 (33,4%)
Idade				
15 a 39 anos	12123 (55,6%)	11792 (44,4%)	6899 (64,6%)	4497 (35,4%)
49 a 59 anos	11060 (55,2%)	8908 (44,8%)	7252 (60,5%)	4584 (39,5%)
60 ou mais	8837 (73,2%)	3619 (26,8%)	7834 (78,8%)	2067 (21,2%)
Sexo				
Masculino	14145 (56,5%)	12531 (43,5%)	9773 (65,4%)	5695 (34,6%)
Feminino	17875 (60,5%)	11788 (39,5%)	12212 (67,6%)	5453 (32,4%)
Grau de instrução				
Sem ou fund. incompleto	14073 (57,7%)	10699 (42,3%)	7483 (68,8%)	3507 (31,2%)
Fundamental completo	5048 (60,8%)	3863 (39,2%)	2895 (68,3%)	1483 (31,7%)
Médio completo	9326 (57,0%)	7501 (43,0%)	6417 (63,4%)	3801 (36,6%)
Superior	3573 (62,9%)	2256 (37,1%)	5190 (67,7%)	2357 (32,3%)
Renda familiar				
Até 1/2 salário mínimo	3758 (50,5%)	4128 (49,5%)	1113 (54,6%)	1026 (45,4%)
+ de 1/2 até 1 sm	7843 (53,3%)	6986 (46,7%)	3076 (61,4%)	2018 (38,6%)
+ de 1 até 2 sm	11219 (59,1%)	8079 (40,9%)	6181 (66,8%)	3231 (33,2%)
3 ou mais	9196 (65,1%)	5116 (34,9%)	11610 (68,6%)	4870 (31,4%)
Avaliação da saúde bucal				
Boa	22488 (63,1%)	14141 (36,9%)	16683 (69,0%)	7507 (31,0%)

Regular/ruim	9532 (49,7%)	10178 (50,3%)	5302 (59,4%)	3641 (40,6%)
Saúde da família				
Sim	20770 (57,6%)	16335 (42,4%)	12728 (65,9%)	6855 (34,1%)
Não/não sabe	11250 (60,4%)	7984 (39,6%)	9257 (67,5%)	4293 (32,5%)
Plano odontológico				
Sim	3357 (59,5%)	2319 (40,5%)	3283 (66,1%)	1637 (33,9%)
Não	28663 (58,4%)	22000 (41,6%)	18702 (66,7%)	9511 (33,3%)
Onde consultou				
Público	3866 (50,4%)	4244 (49,6%)	2002 (59,2%)	1452 (40,8%)
Privado	9191 (60,4%)	6483 (39,6%)	9020 (66,7%)	4539 (33,3%)
Não consultou	18884 (59,6%)	13509 (40,4%)	10908 (68,2%)	5126 (31,8%)

*Todas as variáveis apresentaram valor de $p < 0.05$.

Nas análises de regressão logística, no modelo bruto, indivíduos negros tiveram chance de 1.41 (IC=1.34-1.49) de apresentarem perda dental e não fazer uso de prótese em comparação com os brancos. No modelo ajustado pelas covariadas do estudo, a chance reduziu para 1.21 (IC=1.14-1.28), mas ainda assim manteve significância estatística (Tabela 2). Cadastro na Estratégia de Saúde da Família e posse de plano privado exclusivamente odontológico foram removidos do modelo final pois não apresentaram significância estatística ($p > 0.05$).

Tabela 2: Modelo final de regressão logística da associação das condições de saúde bucal e variáveis explicativas, PNS 2019. (Razão de chances e Intervalo de Confiança entre parênteses)

Raça/Cor (ref. Branca)	
Negra	1.21 (1.14-1.28)
Idade (ref. 60 anos ou mais)	
49 a 59 anos	2.26 (2.11-2.42)
15 a 39 anos	2.13 (1.97-2.29)
Sexo (ref. Feminino)	
Masculino	1.15 (1.10-1.21)
Grau de instrução (ref. Superior)	
Sem ou fund,incompleto	1.01 (0.92-1.10)
Fundamental completo	0.81 (0.73-0.89)
Médio completo	1.05 (0.96-1.15)
Renda familiar (ref. 3 ou mais salários mínimos)	
Até 1/2 salário mínimo	1.50 (1.35-1.65)
+ de 1/2 até 1 salário mínimo	1.42 (1.30-1.54)
+ de 1 até 2 salários mínimos	1.18 (1.10-1.25)
Avaliação da saúde bucal (ref. Boa/muito boa)	
Regular/ruim/muito ruim	1.66 (1.57-1.75)
Onde consultou no último ano (ref. Não consultou)	
Público	1.34 (1.24-1.46)
Privado	1.08 (1.02-1.14)

6 DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo mostraram que há desigualdades raciais nas condições de saúde bucal da população brasileira em desvantagem para os indivíduos de raça/cor negra. Mesmo após controlar pelas variáveis explicativas, incluindo a renda, a chance da população negra ter piores condições de saúde foi maior quando comparada a pessoas brancas e manteve significância estatística. As variáveis como sexo masculino, renda familiar de até ½ salário mínimo, ter entre 15 e 59 anos de idade e ter consultado no último no ano no sistema público de saúde são fatores associados à perda dentária e a não utilização de prótese por pessoas negras.

A relação de desigualdades raciais em diversos desfechos de saúde física e mental, assim como no acesso e na utilização de serviços de saúde têm sido demonstradas (HICKEN *et al.*, 2018). No Brasil, estudos científicos apontam que a cor de pele negra esteve associada ao transtorno de ansiedade generalizada (JÚNIOR *et al.*, 2021), à probabilidade de não realizar exames citopatológico e de mama (BAIROS *et al.*, 2011), à maior chance de parto prematuro (OLIVEIRA *et al.*, 2018), à limitação na utilização de serviços odontológicos por idosos (SOUZA *et al.*, 2012) e piores taxas de mortalidade por Covid-19 (SANTOS *et al.*, 2020). Além disso, “a população negra apresenta piores indicadores sociais, menor nível de escolaridade e renda, menor acesso à saúde e serviços sociais, condições mais precárias de moradia e está inserida em piores posições de trabalho” (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013. p. 682).

Desse modo, diante do cenário desigual da sociedade brasileira, em que negros e brancos ocupam espaços sociais diferentes (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019), é necessário discutir a variável raça/cor como determinante social na ocorrência das doenças e agravos à saúde e não como um simples determinismo biológico, visto que a raça/cor carrega uma conjuntura histórica-social nos diferenciais de grupo (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Portanto, é nessa perspectiva que o racismo surge como determinante social de saúde, dado que a concentração de riqueza e poder, condições ambientais, de vida e o fator raça, está associada à desigualdade em saúde. O racismo é um dos determinantes estruturais que moldam as hierarquias sociais e são a causa raiz das iniquidades em saúde (SOLAR; IRWIN, 2010). Sendo assim, isto causa o reconhecimento de que o racismo institucional impede à promoção da equidade, favorece um quadro de morbimortalidade por doenças injustas e evitáveis e incentiva a violação dos direitos humanos (BARATA, 2009; BASTOS; FAERSTEIN, 2012; BRASIL, 2011; LOPES, 2005a, 2005b; SOARES FILHO, 2012; WERNECK, 2016).

Adultos que se encontram numa circunstância econômica e social de desprivilegio, tendem avaliar sua saúde bucal menos favoravelmente do que adultos em melhores condições econômicas e relatar maior perda dentária pois estão mais suscetíveis a perceber maior efeito negativo dos problemas bucais, seja com seus dentes, boca ou próteses dentárias (LOCKER; CLARKE; PAYNE, 2000). Um dos achados do estudo é a relação da variável renda com o desfecho. Verificou-se que quanto menor a renda familiar relatada pelo entrevistado, maior a chance de possuir perda dentária e não usar prótese. Apurou-se que indivíduos brancos que possuem renda familiar de até 1/2 salário mínimo e relatam ter perda dentária e não usar prótese, são 45.4% enquanto indivíduos negros na mesma classificação são 49.5%. Para Guiotoku e colaboradores (2012), os gradientes de renda indicam a proporção socioeconômica da iniquidade entre os grupos raciais. Neste estudo, mesmo após controlar pela variável renda familiar, a diferença nas condições de saúde bucal permaneceu com relevância estatística. É importante ressaltar que mesmo quando o resultado das análises faz com que a variável raça/cor perde significância estatística, o pesquisador precisa considerar a natureza perversa do racismo e identificar possibilidades de explorar esta questão com outras abordagens, tanto qualitativas como quantitativas (LOPES, 2005).

Piores condições socioeconômicas e condições de vida precárias são obstáculos para a prioridade do cuidado à saúde bucal e dificultam o acesso aos serviços odontológicos (MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007). A condição de saúde de uma determinada população é diretamente influenciada pela utilização de serviços odontológicos, pois os riscos de doenças são reduzidos por meio dos cuidados e da prevenção (LUCHI *et al.*, 2013). Posto isto, o uso de serviços ameniza condições de saúde desfavoráveis, por meio do controle e tratamento das doenças bucais, e o acesso a serviços de saúde é fortemente influenciado pela condição social, renda e escolaridade (MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007).

Os resultados apresentados mostram que a utilização de serviços odontológicos particulares variou, porém, foi preponderante maior pelos indivíduos brancos. Dados apontam que atendimento médico, consultas, planos de saúde e tratamento odontológico são mais acessíveis à população branca, reiterando as desigualdades no acesso à serviços de saúde por parte da população negra (LOPES, 2005). De acordo com Silva e colaboradores (2009), no caso específico da assistência odontológica, as diferenças são enormes: o percentual de negros que nunca foram ao dentista chega a 24%, enquanto brancos na mesma situação são 14%. Além de que, o percentual de brancos com plano de saúde é 2,2 vezes maior do que o de negros.

Desse modo, é fundamental incluir o tema racial nos processos de formação e educação

permanente dos trabalhadores da saúde, com a finalidade de garantir a criação de informações epidemiológicas sobre a população negra no Brasil para influenciar a tomada de decisão no planejamento e definição de prioridades (GUIOTOKU *et al.*, 2012). Os resultados obtidos do estudo permitem o acompanhamento dos indicadores estudados em relação à população negra e torna-se uma importante ferramenta para o enfrentamento das iniquidades no uso de serviços odontológicos no Brasil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os objetivos propostos pelo presente trabalho, pode-se concluir que os achados deste estudo evidenciaram desigualdades raciais em condições de saúde bucal, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019, sendo a população negra (pretos e pardos) com piores condições em relação aos brancos. Fatores associados às condições de saúde bucal, como a renda familiar e ao acesso de serviços de saúde parecem ser fundamentais na definição da vulnerabilidade de grupos populacionais a agravos em saúde bucal.

Logo, conclui-se também que o racismo institucional continua presente nas instituições de saúde, agindo de maneira implícita no acesso ou atendimento à população negra. Com isso, torna-se necessário pensar na categoria raça e entender as particularidades da população negra para a obtenção de um acesso à serviços com equidade e uma saúde igualitária.

Diante dos fatos apresentados, vale ressaltar que este TCC foi construído a partir de experiências na UFRGS e, dessas narrativas, surge a temática relacionada à questão racial no que se refere a sua pequena abordagem e exploração na academia. Em razão disso, destaco a importância de disciplinas obrigatórias que tratam a Saúde da População Negra e o racismo institucional assim como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, para que esteja presente no currículo de formação profissional e contribua com a diferenciação nos atendimentos desses profissionais nos serviços de saúde, assim como colaborar para redução dos efeitos das desigualdades raciais presente no país. Além disso, o intuito deste estudo é fazer com estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas tenham um olhar crítico sobre as necessidades da população negra. Portanto, é importante ter o conhecimento da vulnerabilidade desta população, para que seja ofertado melhor tratamento em diversas instituições que as acompanham.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. P. S. C. *et al.* Determinantes socioeconômicos do acesso aos serviços de saúde entre idosos: uma revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 0, Ago, 2017. DOI: 10.1590/S1518-8787.201705100666. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/z8Qg6CQFNrb6RK9MtgDSNzh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2021.

ALMEIDA, S. L. **Racismo Estrutural**. Feminismos Plurais / coordenação de Djamila Ribeiro. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen, 2019.

ANDERSEN, R. M. National health surveys and the behavioral model of health services use. **Med Care**, v. 46, n. 7, p. 647-53, Jul. 2008. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31817a835d. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18580382/>. Acesso em: 07 julho 2021.

ARDENGI, T. M.; PIOVESAN, C.; ANTUNES, J. L. F. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 3, p. 129-137, dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004352>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000900129&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2021.

BAIROS, F. S. *et al.* Desigualdades raciais no acesso à saúde da mulher no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 12, dezembro de 2011, p. 2364–72. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4H5TYBd4NtcGgXYKPrGLrHz/?lang=en>. Acesso em: 05 nov. 2021.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf. Acesso em: 13 maio 2021.

BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. **Temas em Saúde collection**. 120 p. ISBN 978-85-7541-391-3. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2021.

BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. **Discriminação e saúde: possibilidades e métodos**. Editora FIOCRUZ, 2012. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415320>.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out/dez 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/spQ7FXCVNsJsKyHn8JzWMvj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BIDINOTTO, A. B. *et al.* “Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório”. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, mar.2017, p. 91–101, doi: 10.1590 / 1980-5497201700010008.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/1980-5497-rbepid-20-01-00091.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.

BITENCOURT, F. V.; CORRÊA, H. W.; TOASSI, R. F. C. *et al.* “Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 169–80. janeiro de 2019, DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.09252017>. Acesso em: 20 out. 2021.

BRAGA, A. P. G., *et al.* Autopercepção da mastigação e fatores associados em adultos brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, maio de 2012, p. 889–904. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4BcGHJyjsQZm5JcVck4pRbg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2021.

CARDOZO, D.P. *et al.* Perfil da Demanda de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Orbis Latina**, v. 6, n. 2, p. 58-72. dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.unila.edu.br/orbis/issue/view/36/26>. Acesso em: 29 de set. 2021.

CHISINI L. A. *et al.* Does the skin color of patients influence the treatment decision-making of dentists? A randomized questionnaire-based study. **Clin Oral Investig**. 2019 Mar;23(3):1023-1030. doi: 10.1007/s00784-018-2526-7.

GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 33, n.6, p. 439–45, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n6/439-445>. Acesso em: 2 maio 2021.

GOES, E. F. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional**. 2018. 105f. Tese (Doutorado Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

GOUVEIA, M.; ZANELLO, V. Psicoterapia, Raça e Racismo no Contexto Brasileiro: Experiências e Percepções de Mulheres Negras. **Psicologia em Estudo**, v. 24, dezembro de 2019. DOI:10.4025/psicolestud.v24i0.42738. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/WLqvt9yG7rmBzz4kvp8TVSL/?lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2021.

GUIOTOKU, S. K. *et al.* Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 135–41, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n2/135-141/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

HICKEN, M. T. *et al.* Desigualdades raciais em saúde: Framing Future Research. **Social Science & Medicine**, v. 199, fevereiro de 2018, p. 11–18. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953617307578?via%3Dihub>. Acesso em: 02 nov. 2021.

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 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020.85p.

JONES, C. P. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. **American Journal Public Health**, v. 90, n. 8, p. 1.212-1.215, 2000. DOI: 10.2105/ajph.90.8.1212.

JUNIOR O. *et al.* Perceived discrimination in health services and preventive dental attendance in Brazilian adults. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 48, n. 6, p. 533-539, dez. 2020. Disponível em: 10.1111/cdoe.12565.

JUNIOR, A. E., *et al.* Diferenças raciais no transtorno de ansiedade generalizada durante a pandemia do COVID-19 entre universitários brasileiros: uma pesquisa nacional. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, julho de 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01107-3>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8294286/>. Acesso em: 03. nov. 2021.

LEAL, M. C. *et al.* “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 1, 2017, doi: 10.1590 / 0102-311x00078816. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2021.

LOUREIRO, M. M.; ROZENFELD, S. Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 943-949, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26990.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

LOCKER, D.; CLARKE, M; PAYNE, B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. **Journal of Dental Research**, v. 79, n. 4, abril de 2000, p. 970–75. DOI: <https://doi.org/10.1177/00220345000790041301>.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5 de outubro de 2005, p. 1595–601. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/L6KFGDJTszrYSPTdJRyJkXk/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 18 nov. 2021.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, março de 2012, p. 121–34. DOI: 10.1590/S1414-32832012005000004.

LUCHI, C. A., et al. Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, agosto de 2013, p. 740–51. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004364>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5RVfHMKQXfpRcdhQHpfZPTp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 nov. 2021.

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo Institucional: um desafio para equidade no SUS? **Saúde Soc.** São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007. DOI: 10.1590/S0104-12902007000200014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZTJmFN3BzNTm8C6rf9qFJgC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 abr. 2021.

MONAGREDA, J. K. A raça na construção de uma identidade política: alguns conceitos preliminares. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, v. 22, n. 2, p. 366–93, dezembro de 2017. DOI:10.5433/2176-6665.2017v22n2p366. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/23664>. Acesso em: 28 set. 2021.

MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 6, p. 1383-92, 2007. DOI:10.1590/S0102-311X2007000600013.

MUNANGA, K. O racismo à brasileira. **Ata da 17.a Reunião Especial da Assembleia Legislativa de Minas Gerais**. 2002. [Internet]. Disponível em: http://www.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/consulte/arquivo_diario_legislativo/pdfs/2002/06/L20020615.pdf. Acesso em: 18 nov. 2021.

NICO, L. C. *et al.* “Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 389–98, fev. 2015. DOI:10.1590/1413-81232015212.25942015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kGLp8cKLsXjBPFsrKMkTCsm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2021.

NOGUEIRA, C. M. R. *et al.* “Autopercepção da saúde bucal em idosos: um estudo de base domiciliar”. **Rev. Bras. de Geriat. e Gerontol.** v. 20, n. 1, p. 7–19, fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/bcFQ8L6F4bTyR4cPCGdRTKC/?lang=en>. Acesso em: 03 abr. 2021.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUABIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, set. 2019, p. 939–48. DOI.org (Crossref): 10.1590 / 0103-1104201912222.

OLIVEIRA, K. A. *et al.* Associação entre raça / cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, abril de 2018, p. 26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JkWdcTPhqjpwCwrzDdYCRjR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 6 nov. 2021.

SANTOS, M. P. A. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Pandemia pela Covid-19 • Estud. av.** 34 (99) • May-Aug 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2021.

SILVA, J. Y. B. *et al.* Desigualdade em saúde. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**. 2009; 6 (4): 422-429. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153012921013>. Acesso em: 18 nov. 2021.

SOARES FILHO, A. M. **O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil**: potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.). Saúde da população negra. Brasília, DF: ABPN, 2012. p. 49-69.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf. Acesso em: 18 nov. 2021.

SOUZA, E. A. *et al.* Raça e o uso dos serviços de saúde bucal para idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n.º 8, p. 2063–70, ago. 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000800017. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/z8Qg6CQFNrb6RK9MtgDSNzh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2021.

SCHUCMAN, L. V. Racismo e antirracismo: a categoria raça em questão. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 41-55, jan. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2021.

STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Saúde Pública**. 2017, v. 51, n. 1:3s. DOI:10.1590/S1518-8787.2017051000074. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WXYjCqkTjPcd6ngPPrbZtnP/?lang=pt>. Acesso em: 10 mai. 2021.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e Perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, 2020, p. 2020315. DOI:10.1590/s1679-49742020000500004.

PAIXÃO *et al.* **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil; 2009-2010.** Constituição cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Rio de Janeiro: Garamond; 2010.

PEREIRA, A. L. **Influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos.** 2010. Trabalho de conclusão de Curso (Especialização em Odontologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0986.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2021.

PERES, M. A. *et al.* Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n.3, p. 78–89, dezembro de 2013. DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004226. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VBKtC77bDwvSmTVRNzFNzKh/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

PROBST, L. F. *et al.* Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de proteção de adultos e idosos. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 347–54, setembro de 2016, DOI: 10.1590/1414-462X201600030244. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/rtJqfMybMLCVJ9Fm4Gn4Nb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2021.

TEIXEIRA, D. S. C. *et al.* Estudo prospectivo da perda dentária em uma coorte de idosos dentados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n.8, jul-set 2016. DOI: doi.org/10.1590/0102-311X00017215. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/h3Rz68h4PkcrysXZ4fC8ZVm/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2021.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

DOI:10.1590/S0102-311X2004000800014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2021.

VETTORE, M. V.; MARQUES, R. A. A.; PERES, M. A. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrasil 2010: abordagem multinível. **Rev. Saúde Pública**. v. 47, n. 3, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004422>. Acesso em: 08 abr. 2021.

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

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