

COLEGIADO DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM ODONTOLOGIA



FAO
FACULDADE DE
ODONTOLOGIA

UFMG

RENATA MATOS LAMENHA-LINS
GABRIELA LUIZA NUNES SOUZA
FERNANDA MORAIS FERREIRA
SAUL MARTINS PAIVA
JOÃO LUIZ BASTOS
JÚNIA MARIA SERRA-NEGRA

Racismo estrutural e saúde bucal

1ª Edição

Comissão Editorial FAO UFMG

Belo Horizonte

2022

RESUMO

Atualmente, ainda há a crença no imaginário coletivo de que a "raça" influencia em aspectos hereditários e imutáveis que prejudicam ou beneficiam diferentes grupos populacionais. Entretanto, não existem especificidades étnicas biológicas que justifiquem as condições de saúde de um indivíduo ou comunidade. Na verdade, as iniquidades dos indicadores de saúde bucal e geral são sustentadas pelo próprio **racismo**, presente não apenas na relação profissional-paciente, mas principalmente nas instituições e estrutura social. Nesta obra, os autores abordam elementos conceituais sobre a influência do racismo estrutural na saúde bucal. Além disso, o tema é contextualizado quanto aos determinantes sociais da saúde no Brasil, atual abordagem na pesquisa científica e sua implicação na clínica odontológica. A partir desta obra, é possível concluir que as iniquidades raciais em saúde bucal são perpetuadas injustamente, de maneira histórica e sistêmica, por meio do racismo estrutural. O direcionamento do contexto histórico, social e político de como as relações de poder se organizam para os grupos dominantes é essencial para o entendimento das condições de saúde entre grupos racializados. Assim, os esforços quanto à elaboração de estratégias de aprimoramento dos currículos acadêmicos nos cursos de odontologia, planejamento de pesquisas e de políticas públicas sociais e de saúde devem considerar o aspecto estrutural e institucional do racismo.

Palavras-chave: Racismo; Saúde Bucal; Equidade em Saúde.

FAO
FACULDADE DE
ODONTOLOGIA

Faculdade de Odontologia
Comissão Editorial
Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901



ISBN: 978-85-93368-41-7



RENATA MATOS LAMENHA-LINS

Mestranda em Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais

GABRIELA LUIZA NUNES SOUZA

Mestre e Doutoranda em Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais

FERNANDA MORAIS FERREIRA

Professora Associada do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente
Universidade Federal de Minas Gerais

SAUL MARTINS PAIVA

Professor Titular do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente
Universidade Federal de Minas Gerais

JOÃO LUIZ BASTOS

Professor Associado do Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Catarina

JÚNIA MARIA SERRA-NEGRA

Professora Associada do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente
Universidade Federal de Minas Gerais

Racismo estrutural e saúde bucal

1ª Edição

Belo Horizonte - MG
Comissão Editorial FAO UFMG
2022

Direitos de autor ©2022. Os autores desta obra são responsáveis pela publicação, conteúdo e detentores dos direitos autorais da obra. Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte. São permitidas cópias para fins privados e acadêmicos, desde que citada a fonte e a autoria.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-reitor: Alessandro Fernandes Moreira

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Diretor: Alysso Nogueira Moreira

Vice-diretora: Denise Vieira Travassos

Comissão Editorial da Faculdade de Odontologia da UFMG (03/2021-03/2023):

Raquel Conceição Ferreira (Presidente); Ivana Márcia Alves Diniz; Fabiana Vargas Ferreira; Fernanda de Moraes Ferreira; Walison Arthuso Vasconcellos; Aline Araújo Sampaio (docentes); Bárbara da Silva Mourthé Matoso; Ana Carolina Marques Medeiros (servidoras); Miriam Cândida de Jesus; Sérgio Barbosa dos Santos (bibliotecário-documentalistas).

Créditos técnicos

Conteúdo intelectual: Renata Matos Lamenha-Lins; Gabriela Luiza Nunes Souza; Fernanda Moraes Ferreira; Saul Martins Paiva; João Luiz Bastos; Júnia Maria Serra-Negra.

Normalização: Renata Matos Lamenha-Lins e Gabriela Luiza Nunes Souza.

Revisão: Fernanda Moraes Ferreira; Saul Martins Paiva; João Luiz Bastos; Júnia Maria Serra-Negra.

Formatação: Renata Matos Lamenha-Lins.

Ilustrações: Renata Matos Lamenha-Lins e Gabriela Luiza Nunes Souza.

R121 Racismo estrutural e saúde bucal [recurso eletrônico] / Renata Matos Lamenha-Lins ... [et al]. – Belo Horizonte : FAO UFMG, 2022.

18 p. : il.

Modo de Acesso: World Wide Web

ISBN: 978-85-93368-41-7

1. Racismo. 2. Disparidades nos níveis de saúde. 3. Direito à saúde. 4. Saúde bucal. 5. Políticas públicas de não discriminação. I. Lamenha-Lins, Renata Matos. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK – D585

SUMÁRIO

04

PREFÁCIO

05

EQUIDADE E
INIQUIDADE EM
SAÚDE

05

RAÇA/COR NO
BRASIL: COMO SE
IDENTIFICA?

06

RACISMO

07

ENTENDER "RAÇA"
PARA ESTUDAR
RACISMO

08

OS DETERMINANTES
SOCIAIS DA SAÚDE E A
POPULAÇÃO NEGRA

11

AVANÇANDO A PESQUISA
CIENTÍFICA EM
INIQUIDADES RACIAIS EM
SAÚDE BUCAL

16

CONSIDERAÇÕES
FINAIS

17

RECOMENDAÇÕES AO
ODONTOPEDIATRA

18

REFERÊNCIAS

PREFÁCIO

Este *e-book* é produto de intensas discussões entre professores e alunos do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em conjunto com a Universidade Federal de Santa Catarina, acerca do racismo estrutural e iniquidades em saúde bucal. Há décadas, pesquisadores extensivamente relatam as "*desigualdades*" em saúde presentes entre grupos étnicos privilegiados e marginalizados. Apesar da relação ser bem-estabelecida na literatura, o conhecimento atual não implica no progresso social, político e de saúde da população.

Isso porque a disposição estrutural do racismo não permite que profissionais da saúde, pesquisadores e educadores permaneçam setorizando a sua atuação a fim de reafirmar fatos conhecidos. Em contrapartida, esforços conjuntos são necessários para que possam ser reformuladas as práticas nos âmbitos da clínica odontológica, currículo dos cursos de odontologia, pesquisa científica e planejamento de políticas públicas. Apenas a partir do reconhecimento da responsabilidade a ser assumida por cada ator, será possível reduzir as iniquidades raciais em saúde bucal.

Para tanto, é necessária a contextualização para além do aspecto "raça" um como dado sociodemográfico influenciador dos determinantes sociais da saúde do indivíduo, mas sim do próprio racismo institucional e estrutural como pilar de tal perpetuação. Nesta obra, os autores direcionam o enfoque para uma percepção de maior avaliação e autocrítica da literatura atual e pesquisa acerca do tema. *Afinal, enquanto profissionais da saúde clínicos, corpo acadêmico e/ou científico, como é possível expandir o debate e alcançar estratégias mais eficazes para a justiça social e equidade em saúde bucal?*

EQUIDADE E INIQUIDADE EM SAÚDE

A princípio, é importante que os conceitos relativos à equidade e iniquidade em saúde sejam bem definidos e compreendidos (OMS, 2013). Equidade difere de igualdade, expandindo a sua abordagem para aspectos relacionados à **distribuição justa de esforços e recursos**, de acordo com a necessidade de demanda da população. Em outras palavras, indica um senso de justiça ao reconhecer de forma imparcial o direito de cada um. A equidade é indispensável e possui implicação em todos os âmbitos, tais como o político, jurídico, educacional e de saúde.

No sistema de saúde, a alocação equitativa de esforços e recursos respeita as circunstâncias sociodemográficas, culturais e políticas de diferentes grupos populacionais. Ao reconhecer a posição de vulnerabilidade ou de privilégio social como importante fator para a condição de saúde do indivíduo, é possível planejar políticas públicas condizentes com as necessidades de cada grupo e alcançar a justiça social.

Nessa perspectiva, iniquidade em saúde refere-se à desigualdade injusta, desnecessária e evitável, presente entre grupos sociais ou entre sociedades de maneira histórica e sistêmica. Representa, portanto, um dano com dimensão ética e social.

RAÇA/COR NO BRASIL: COMO SE IDENTIFICA?

A Portaria Nº 344 de 1º de fevereiro de 2017, decretada pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2017), afirma a obrigatoriedade do preenchimento do quesito "raça/cor" nos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser autodeclarado pelo indivíduo como branco, preto, amarelo, pardo ou indígena. Com a autodeclaração, o cidadão deve considerar a sua origem étnica, traços físicos e contexto sociocultural. Assim, abrange a construção subjetiva da pessoa, em sua própria percepção social.

A autodeclaração da "raça/cor" do usuário é fundamental para um dos princípios estruturantes do SUS: a equidade. O conhecimento da diversidade sociodemográfica da população possibilita a identificação e direcionamento mais apropriado das demandas na área da saúde. Relacionar dados étnicos aos indicadores de saúde da população subsidia a orientação de políticas públicas de saúde ao reconhecer os agravos e necessidades de grupos específicos, reduzindo as iniquidades presentes.

RACISMO

O termo **racismo** possui diversas definições de diferentes instituições e órgãos. Apesar disso, os conceitos são consistentes em admitir que o racismo relaciona-se a qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência fundamentada na cor da pele, origem étnica ou descendência de um indivíduo ou grupo populacional, anulando ou limitando o reconhecimento ou desfrute em uma mesma circunstância dos direitos humanos e liberdade sociocultural, política, econômica ou outro aspecto da vida pública. O racismo opera por meio de três níveis: institucional, interpessoal e internalizado, a serem descritos a seguir (ONU, 2016; CFP, 2017).

Racismo institucional refere-se à decisão de prioridades na gestão que privilegiam ou negligenciam determinados grupos sociais. É, portanto, caracterizado pelo *fracasso* das instituições ao oferecer um serviço qualificado ao indivíduo devido à sua origem étnica, utilizando-se de normas, práticas ou comportamentos discriminatórios. O racismo institucional contribui para o imaginário social a respeito da inferioridade de pessoas negras e indígenas e implica condições desfavoráveis de vida a esses grupos.

Racismo interpessoal é a prática discriminatória sistemática entre indivíduos baseada origem étnica. Nos serviços de saúde, pode ocorrer entre profissionais ou entre profissionais e pacientes/acompanhantes. O julgamento de um profissional negro como menos habilidoso, competente, influente ou digno por outros colegas de trabalho ou pacientes é um exemplo.

Racismo internalizado é definido como o ato de discriminação racial pelos próprios indivíduos que a sofrem. Difere do interpessoal por não haver relação de poder de grupos hegemônicos - é, em fato, consequência da internalização de estereótipos negativos previamente estabelecidos por grupos dominantes.

A dimensão estrutural da hierarquia racial na sociedade é complexa e está presente em todas as relações e práticas, de maneira consciente ou inconsciente, abrangendo os sistemas político, econômico e judiciário.



ENTENDER "RAÇA" PARA ESTUDAR RACISMO

É de suma importância que o significado e impacto do termo "raça" seja previamente elucidado para o estudo do racismo, uma vez que é frequentemente explorado em artigos científicos e relatórios de informações de saúde.

Em sua etimologia, a palavra "raça" se origina do latim "*ratio*", significando **categoria** ou **espécie**. Por volta dos anos 1600, o termo "raça" passou a ser utilizado para a categorização de indivíduos a fim de justificar a escravidão em um modelo de hierarquia social, construído a benefício europeu. Assim, aspectos fenotípicos logo implicaram em valor biológico, intelectual e social para embasar a exploração e extermínio de pessoas.

Ao longo das últimas décadas, antropólogos, biólogos e pesquisadores das ciências da saúde têm extensivamente demonstrado que não existem diferenças genéticas significativas entre indivíduos que fundamentem a divisão da sociedade em raças. Na prática, o que houve durante séculos foi a **racialização** de grupos, de acordo com a sua origem étnica/cultural. A partir disso, diversos estudiosos acerca do tema rejeitam o uso do termo e têm recomendado a sua substituição por "etnia", "grupos étnicos" ou "grupos racializados" (BRAVEMAN; DOMINGUEZ, 2021). A proposta reconhece que, dessa forma, sejam refletidos aspectos de origens cultural, geográfica e de ancestralidade, abandonando possíveis associações com diferenças biológicas. Isso porque, comprovadamente, apenas uma raça é presente em todas as sociedades: a humana.

Com esse contexto, os autores não pretendem negar diferenças de saúde entre povos racializados. Elas existem e são de importante debate para o planejamento e melhor alcance do sistema de saúde, seguindo o princípio norteador do SUS de equidade. No entanto, disparidades em saúde não são presentes devido à "raça" ou origem étnica, mas sim à opressão racial sofrida por tais grupos.

Assim, nesta obra, será dada preferência aos termos "etnia", "grupos étnicos" e "grupos racializados". Aspectos que evidenciem as injustiças sociais, como "iniquidades raciais", "opressão racial" e "discriminação racial", também serão utilizados.



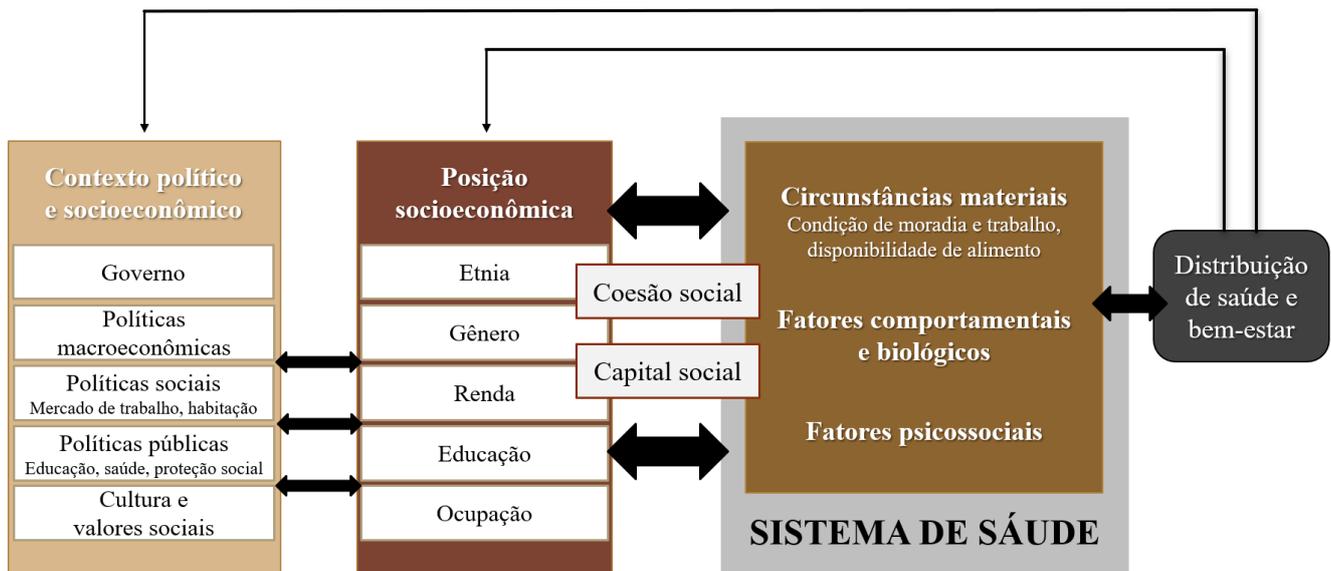
*Não é a "raça" que influencia a
condição de saúde; o racismo sim.*



OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E A POPULAÇÃO NEGRA

Determinantes sociais da saúde são fatores sociais, econômicos e políticos, tais como renda mensal, moradia, educação, gênero e etnia, que influenciam na condição de saúde de um indivíduo ou grupo. Diversos modelos que relacionam aspectos sociais, culturais, comportamentais, psicológicos e étnicos às iniquidades em saúde vêm sendo propostos na literatura científica, bem como por diferentes órgãos e instituições. Em 2010, foi publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) um modelo no qual os determinantes sociais da saúde são categorizados em dois grandes eixos articulados, capazes de impactar na saúde e bem-estar: os determinantes estruturais (contexto político e socioeconômico) e os determinantes intermediários (posição socioeconômica) (Figura 1).

Figura 1: Quadro adaptado da Série de Documentos para Discussão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial de Saúde (2010).

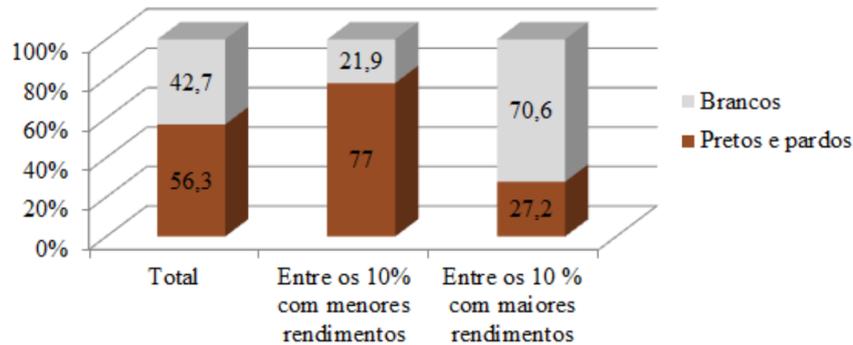


Fonte: Dos autores. 2022.

No modelo, a origem étnica é descrita como fator influenciador da saúde, assim como o gênero e classe social. Cabe ressaltar que tais condições apenas possuem impacto devido ao racismo, sexismo e elitismo classicista, respectivamente. Além disso, há também uma distribuição desigual de outros determinantes sociais entre grupos racializados, tais como renda, escolaridade e condições de emprego e de habitação. Assim, a etnia está inserida em um sistema complexo de indissociabilidade entre as esferas social, política e de saúde, o que demonstra o papel institucional e estrutural do racismo. A seguir, serão listados alguns dados sociodemográficos dos determinantes sociais da saúde e a sua distribuição por etnia da população brasileira.

O Gráfico 1 demonstra que a distribuição de renda da população brasileira possui um marcante diferencial entre etnias. Entre os 10% brasileiros mais pobres, 77% são negros; enquanto entre os 10% brasileiros mais ricos, 27,2% são negros (IBGE, 2020).

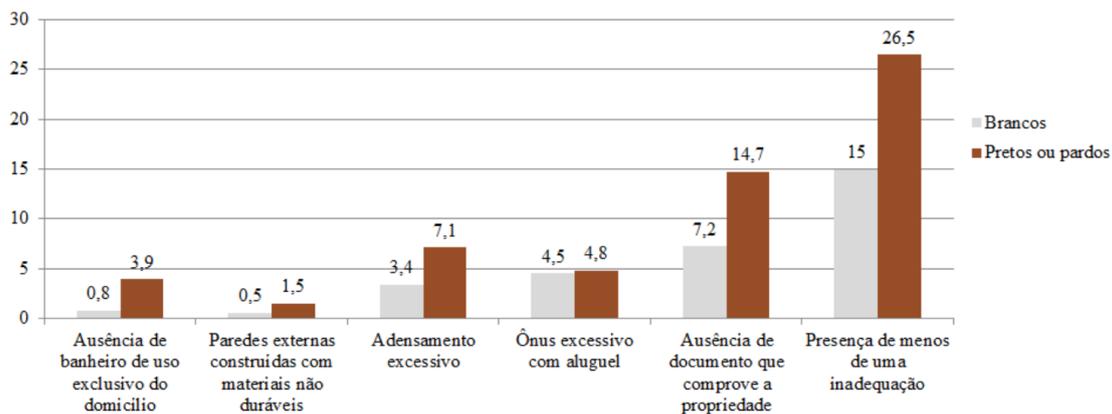
Gráfico 1 - Distribuição de renda no Brasil, segundo dados do IBGE 2019.



IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fonte: Dos autores. 2022.

Desigualdades entre grupos racializados também estão presentes nas condições domiciliares, desde a distribuição espacial dos domicílios à ausência de documento que comprove a propriedade (Gráfico 2) (IBGE, 2020). O censo demográfico de 2010 (IBGE, 2013) demonstrou que nos dois maiores municípios brasileiros, São Paulo e Rio de Janeiro, a chance de uma pessoa negra residir em um aglomerado subnormal foi duas vezes maior do que uma pessoa branca.

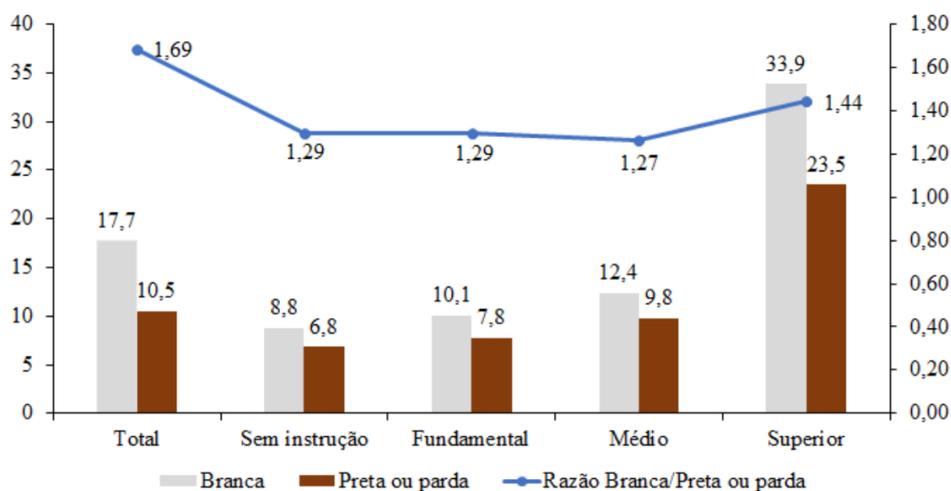
Gráfico 2 - Proporção da população residindo com inadequações domiciliares, segundo dados do IBGE 2019.



IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fonte: Dos autores. 2022.

O Gráfico 3 mostra que a desigualdade na renda persiste independente do nível de escolaridade (IBGE, 2020). Um trabalhador branco com baixo nível de escolaridade adquire um rendimento 1,29 vezes superior a um negro com a mesma formação. É interessante notar que, com o maior nível de escolaridade dos trabalhadores, a desigualdade aumentou. Um trabalhador branco com alto nível de escolaridade possui rendimento 1,44 vezes maior que o de um negro com a mesma escolaridade. Portanto, somente a ampliação do acesso à escolaridade não reduz a desigualdade racial.

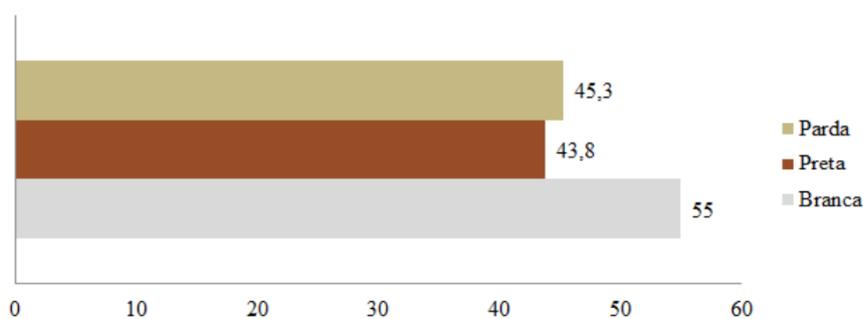
Gráfico 3 - Distribuição de renda por nível de escolaridade, segundo dados do IBGE 2019.



IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fonte: Dos autores. 2022.

A utilização dos serviços de saúde bucal é um importante indicador para a compreensão das iniquidades sociais quanto ao acesso e condição de saúde bucal entre grupos racializados. Conforme o Gráfico 4 (IBGE, 2020), pessoas negras consultam-se menos em serviços odontológicos, comparadas às brancas.

Gráfico 4 - Proporção de consulta aos serviços odontológicos nos últimos 12 meses, segundo dados do IBGE 2019.



IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fonte: Dos autores. 2022.

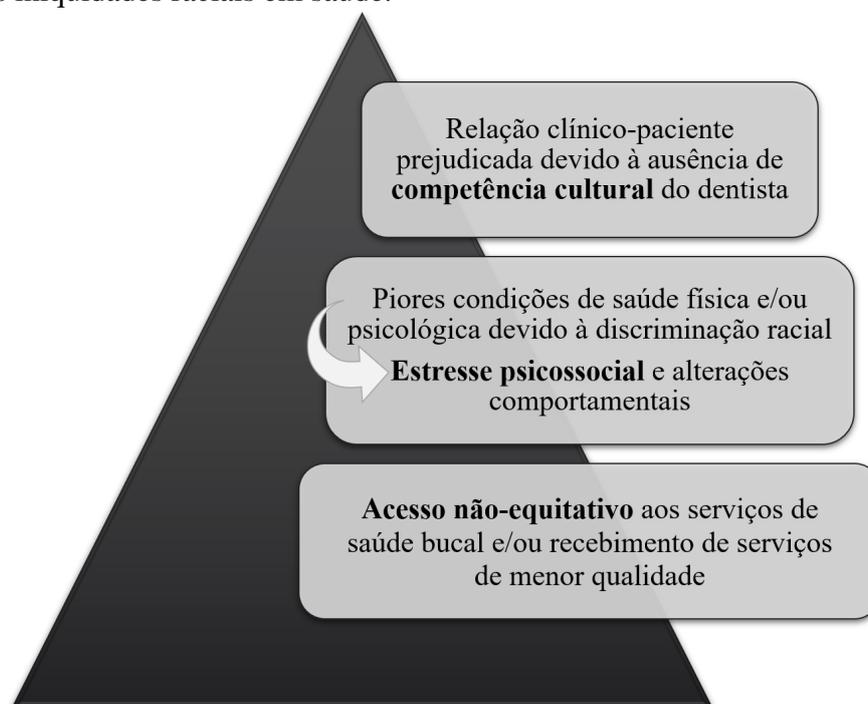
A relação entre origem étnica e saúde originou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, publicada pelo Ministério da Saúde em 2017, a qual reconhece a injustiça sociocultural e econômica como estruturante da iniquidade. O documento visa à conscientização de movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores e conselheiros do Sistema Único de Saúde quanto ao papel do racismo como determinante social de saúde (BRASIL, 2017). No entanto, o conhecimento disponível ainda é incipiente e requer maiores esforços para que possam ser conduzidos futuros estudos que suportem políticas públicas melhor direcionadas. Para tal, pesquisadores interessados no estudo das iniquidades devem compreender a profundidade da opressão racial em aspectos específicos, a serem pontuados a seguir.

AVANÇANDO A PESQUISA CIENTÍFICA EM INIQUIDADES RACIAIS EM SAÚDE BUCAL

Na literatura científica, pesquisadores persistentemente visam comparar as condições de saúde entre grupos racializados que estão em posição de marginalização e de privilégio social. Como resultado, diversos estudos demonstram piores desfechos em saúde para populações de vulnerabilidade e discutem seus achados majoritariamente aproximando-se do valor da "raça" ou mesmo de dados socioeconômicos. Assim, tais publicações relativizam o impacto do racismo na saúde da população e contribuem para o imaginário coletivo de que a associação ocorre por aspectos individuais biológicos e/ou econômicos.

O estudo das iniquidades raciais em saúde bucal e geral, invariavelmente, deve fundamentar os dados de saúde na opressão racial sofrida por tais grupos. No campo da saúde bucal, a **estrutura** racista da sociedade prejudica a saúde por meio de três diferentes mecanismos (JAMIESON *et al.*, 2021), ilustrados na Figura 2.

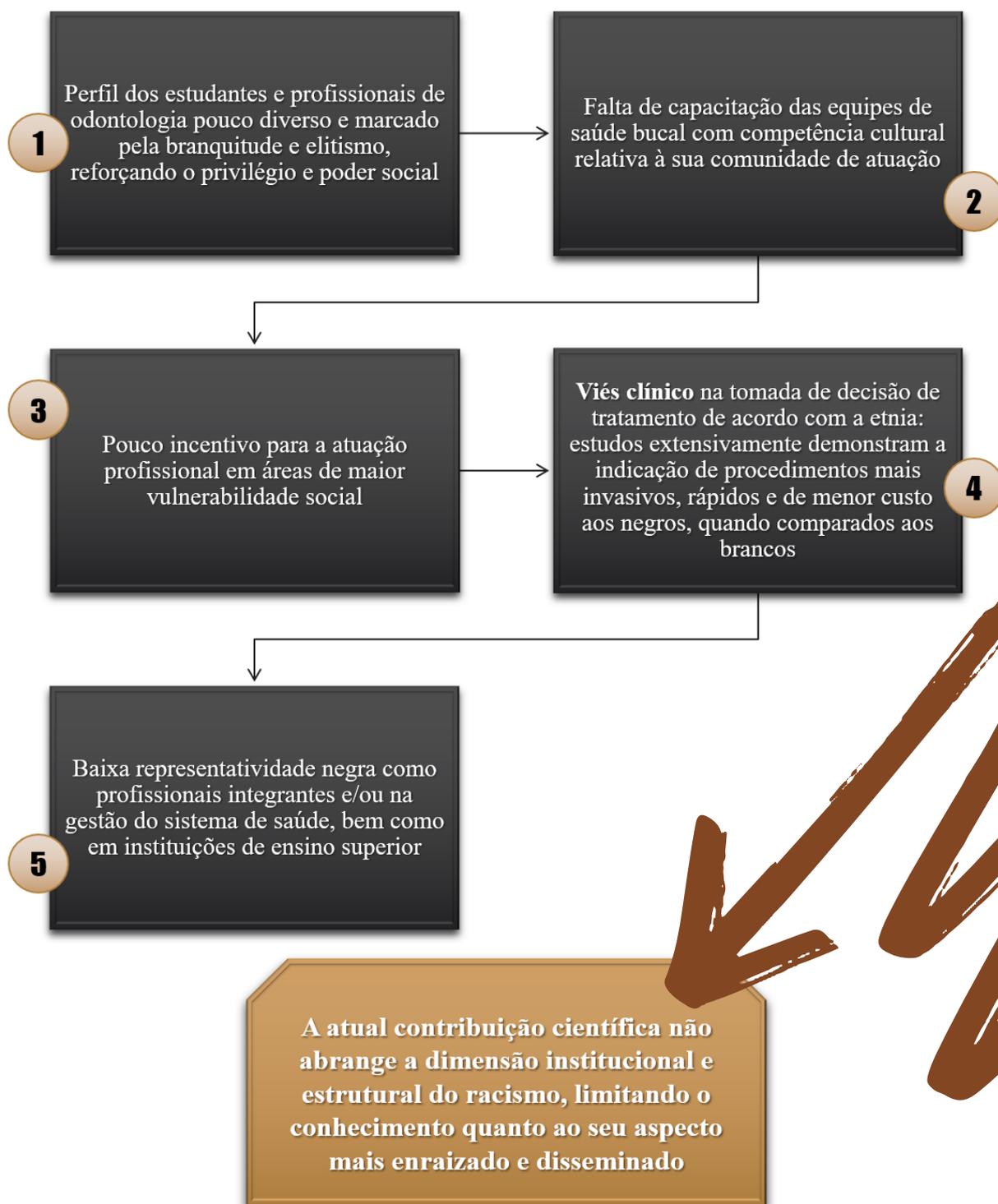
Figura 2 - Demonstração de três mecanismos pelos quais o racismo estrutural contribui para a sustentação das iniquidades raciais em saúde.

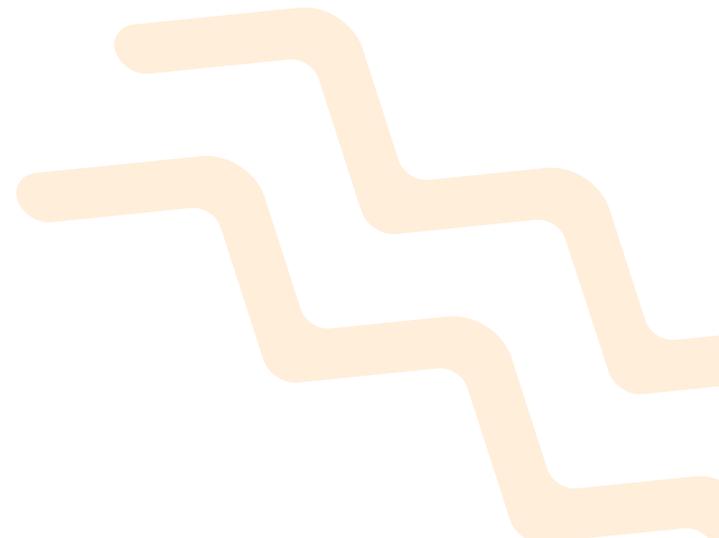


Fonte: Dos autores. 2022.

Além disso, é possível identificar demais mecanismos, em diferentes níveis de atuação, capazes de perpetuar as iniquidades raciais em saúde bucal (JAMIESON *et al.*, 2021). Dentre eles, alguns são listados na Figura 3.

Figura 3 - Fluxograma de demonstração de como o racismo institucional e estrutural se organizam de maneira interligada.





O estudo da opressão de classe na sociedade é, de fato, importante e deve ser incentivado, mas *não substitui ou sobrepõe-se* ao efeito da opressão racial (BASTOS *et al.*, 2020). Isso porque mecanismos não-econômicos interconectados podem influenciar na condição de saúde, tais como: distribuição de poder entre grupos sociais, prestígio ou honra, liberdade, circunstâncias de vizinhança e cuidados em saúde.

Além disso, é importante que medidas e debates nos campos da pesquisa e políticas públicas não restrinjam a sua abordagem apenas à associação entre a opressão de classe e/ou grupo étnico e as iniquidades em saúde bucal. Como uma sociedade organizada em um contexto de hierarquização do poder entre grupos, outras formas de marginalização, como identidade de gênero e orientação sexual, também devem ser consideradas para a redução das iniquidades e justiça social (BASTOS *et al.*, 2020; KRIEGER *et al.*, 2020).

Cabe ressaltar que, uma vez que o racismo possui diferentes manifestações e implicações aos grupos oprimidos de acordo com o contexto histórico da região, diferenças sociodemográficas não podem ser negligenciadas. Contudo, algumas considerações globais a respeito do planejamento e condução de pesquisas científicas podem ser pontuadas, a fim de beneficiar e impulsionar medidas que visem à redução das iniquidades em saúde entre grupos populacionais.

As quatro recomendações a serem listadas a seguir foram sugeridas por Bastos e colaboradores (2020), fundamentadas em uma revisão e avaliação crítica da literatura científica conduzida pelos autores.

PROMOVER O ANTIRRACISMO NAS PESQUISAS EM SAÚDE BUCAL

1

Um padrão comumente observado nos artigos publicados sobre iniquidade é o **eufemismo e tentativa de atingir uma neutralidade** ao abordar questões de saúde entre grupos racializados. Por exemplo, o uso da expressão "*disparidades raciais em saúde bucal*" é frequente entre autores, embora seja mais apropriada a sua substituição por termos ativamente relacionados à disputa de poder entre etnias como "*racismo sistêmico*", "*injustiça racial*" e "*iniquidade racial*".

Esforçar-se para buscar uma narrativa "neutra" implica em um discurso negligente e racista. O relato científico descritivo e ameno minimiza o efeito do racismo estrutural e naturaliza as iniquidades em saúde bucal, posicionando-as como inerentes a determinados grupos sociais. Ainda, ao serem levantadas questões de saúde, a **falta de discussão sobre as dinâmicas sociais históricas** que originam as formas de poder e opressão entre grupos étnicos também sustenta a ideia de categorização de raças.

ENTENDER A OPRESSÃO RACIAL COMO SISTEMA MULTINÍVEL COM RAMIFICAÇÕES: INTERNALIZADO, INTERPESSOAL E ESTRUTURAL/INSTITUCIONAL

2

A manifestação interpessoal do racismo é extensivamente debatida na literatura, enquanto pouco é investigado sobre as suas dimensões institucionais e estruturais e seu efeito nas iniquidades em saúde. Apesar da indiscutível importância em se estudar e discutir a via interpessoal da discriminação, o seu papel isolado não é suficiente para concentrar o enfoque das iniquidades.

Ao **avaliar os eixos estruturais e institucionais do racismo**, é possível identificar a forma como as pessoas interagem em sociedade, devendo este, portanto, ser o principal objetivo dos estudos sobre o tema. Para tal, questões como "*onde*", "*quando*" e "*como*" essas estruturas são originadas e mantidas devem ser alvo do conhecimento científico, a fim de direcionar estratégias para a sua desarticulação e conseqüente redução das iniquidades.

Metodologias para a mensuração da opressão institucional e estrutural são presentes na literatura em saúde geral, e a sua incorporação é fortemente recomendada no campo da saúde bucal.

3

ENTENDER QUE A OPRESSÃO RACIAL NÃO É RUIM APENAS PORQUE PREJUDICA A SAÚDE BUCAL

A falta de contextualização histórica, social e política para justificar os desfechos em saúde pode sugerir que a opressão entre grupos racializados é ruim simplesmente porque prejudica a saúde bucal. Uma vez que as *relações de poder e discriminação são repulsivas por suas próprias definições*, independente do desfecho em saúde bucal, o discurso torna-se inapropriado.

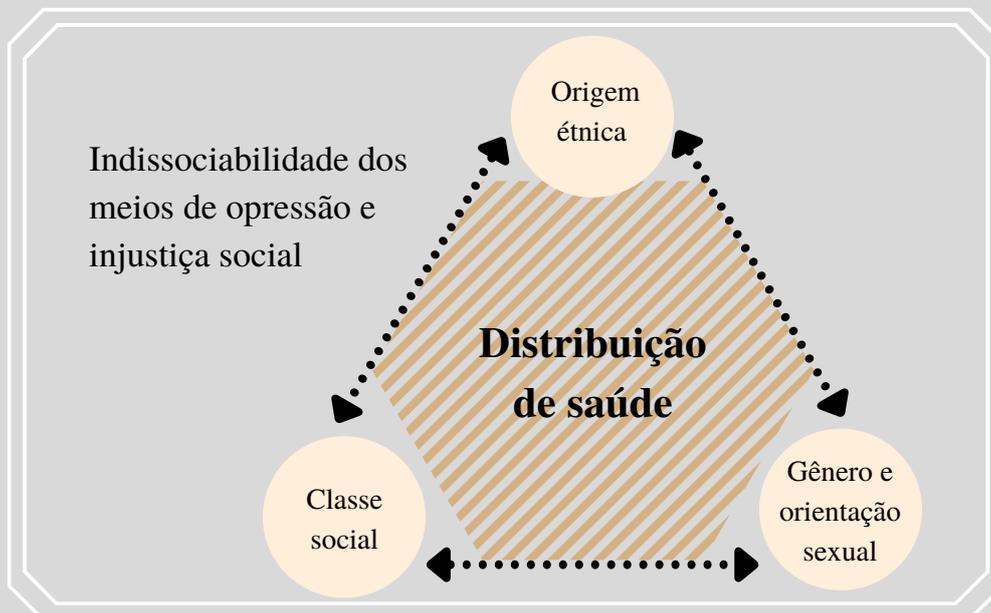
Fortalecer a evidência quanto à associação entre a condição de saúde bucal e o grupo étnico não deve ser prioridade entre acadêmicos. Por sua vez, pesquisas sobre iniquidade devem **contribuir para a formação de um mundo justo**, por meio de resultados e recomendações mais práticas.

4

RECONHECER QUE SISTEMAS DE OPRESSÃO AGEM CONJUNTAMENTE PARA MOLDAR A SAÚDE

Atualmente, as pesquisas em iniquidades em saúde bucal setorizam a opressão racial para o estudo, sem considerar outras formas de experiências interpessoais, como identidade de gênero, orientação sexual e classe social. A teoria sociológica demonstra que **diferentes formas de opressão manifestam-se em matrizes interligadas de dominação** (COLLINS, 2019). Estratégias efetivas para a promoção em saúde de minorias sociais devem atender a esse conhecimento específico. Formas conjuntas de discriminação podem induzir maiores prejuízos de saúde mental e física, contribuindo para as *expressões biológicas da injustiça* (Figura 4).

Figura 4 - Esquemática da interrelação entre diferentes sistemas de injustiça social.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reduzir as iniquidades em saúde bucal entre grupos étnicos marginalizados e privilegiados exige um maior direcionamento para o contexto histórico, social e político de como a relação de poder se organiza para os grupos dominantes. Assim, os esforços quanto à elaboração de estratégias de aprimoramento dos **currículos acadêmicos** nos cursos de Odontologia, planejamento de **pesquisas** e de **políticas públicas** sociais e de saúde devem considerar o aspecto estrutural e institucional do racismo, para além das relações interpessoais.

O progresso científico a respeito da injustiça racial em saúde bucal apenas será possível a partir da adoção de **narrativas ativamente antirracistas** no meio acadêmico, distanciando a atual linguagem descritiva e imparcial acerca das "*disparidades*" em saúde. Da mesma forma, buscar a diversidade étnica nos campos da clínica, pesquisa e gestão em saúde bucal pode contribuir para a redução das iniquidades.

É interessante ressaltar que, uma vez que o racismo é um aspecto fundamentalmente social, o trabalho conjunto com sociólogos, historiadores, psicólogos e cientistas políticos deve ser encorajado. Ainda, acadêmicos não devem negligenciar a presença de outros sistemas de opressão, tais como classe, identidade de gênero e orientação sexual, na condição de saúde da população.

O conhecimento atualmente disponível sobre o efeito do racismo estrutural nas iniquidades em saúde ainda é incipiente e discreto, e avanços em sua abordagem são urgentes para a construção de uma sociedade mais justa e saudável.



RECOMENDAÇÕES AO ODONTOPEDIATRA

1

Encorajamos os profissionais a participarem de programas educacionais sobre a temática, uma vez que, predominantemente, a grade curricular dos cursos de ensino superior na área da saúde não discutem o racismo como determinante de saúde.

2

É necessário um olhar mais atento ao atender pacientes infantis pretos e pardos, uma vez que o racismo pode levar a piores condições de saúde física e/ou psicológica. Assim como em qualquer outra esfera social, o combate ao racismo presente na área da saúde requer o reconhecimento das particularidades e nuances da população negra, a fim de reduzir as iniquidades raciais.

3

A reivindicação por políticas públicas com o objetivo de promover a saúde integral da população negra é encorajada e contribui para a redução das iniquidades étnico-raciais por meio do combate ao racismo institucional nos serviços de saúde. Da mesma forma, é importante que os profissionais avaliem se as políticas já implementadas estão sendo praticadas, a fim de ser obtido o melhor aproveitamento e aprimoramento do sistema.

Reduzir as iniquidades em saúde bucal é dever e responsabilidade social de todos, independente da sua origem étnica. Todos os cidadãos devem posicionar-se como agentes ativos na luta antirracista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, João Luiz; CONSTANTE, Helena M.; CELESTE, Roger K.; HAAG, Dandara G.; JAMIESON, Lisa M. Advancing racial equity in oral health (research): more of the same is not enough. **European Journal of Oral Sciences**, [s.l.], v. 128, n. 6, p. 459-466, dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, Brasil: 2017. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria Nº 344, de 1º de Fevereiro de 2017**. Brasília, Brasil, 2017.

BRAVEMAN, Paula; DOMINGUEZ, Tyan Parker. Abandon "Race." Focus on Racism. **Frontiers in Public Health**, [s.l.], v. 00, n. 0, p. 1-8, 07 set. 2021.

COLLINS, Patrícia Hill. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019. 495 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. CFP. **Relações Raciais: Referências técnicas para a atuação de psicólogas(os)**. Brasília, Brasil: CFP, 2017. 148 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Brasileiro de 2010: Aglomerados subnormais**. Rio de Janeiro, Brasil: IBGE, 2013. 251 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Informações sobre Domicílios, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, Brasil: 2020. 89 p.

JAMIESON, Lisa; PERES, Marco A.; GUARNIZO-HERREÑO, Carol C.; BASTOS, João Luiz. Racism and oral health inequities; An overview. **EClinicalMedicine**, [s.l.], v. 34, n. 100827, p. 1-2, abr. 2021.

KRIEGER, Nancy. Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm-An Ecosocial Analysis. **Annual Review of Public Health**, [s.l.], v. 41, p. 33-62, abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **Combatendo o racismo, promovendo o desenvolvimento**. Brasil, 2017. 32 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health: Social Determinants of Health Discussion Paper 2**. Geneva, Suíça: WHO Press, World Health Organization, 2010. 79 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Closing the Health Equity Gap: policy options and opportunities for action**. Geneva, Suíça: WHO Press, World Health Organization, 2013. 62 p.