

## Iniquidades raciais no acesso a serviços odontológicos: uma revisão integrativa

Diego Motinha Matos<sup>1</sup>  | Rafaela de Oliveira Cunha<sup>2</sup>  | Gracieli Prado Elias<sup>3</sup>  | Isabel Cristina Gonçalves Leite<sup>4</sup> 

<sup>1</sup>Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

<sup>2</sup>Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

<sup>3</sup>Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

<sup>4</sup>Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

**Objetivo:** Analisar a literatura científica disponível sobre as iniquidades raciais no acesso a serviços odontológicos pela população negra.

**Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Uma busca online foi realizada entre abril e maio de 2023, nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline-via Pubmed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os termos de busca selecionados, na língua inglesa, foram “Health services accessibility”, “Dental health services”, “Race” e “Blacks”. Foram selecionados os estudos originais que possuíam como desfecho o acesso ou uso de serviços odontológicos e a raça/cor como variável de exposição, publicados entre 2003 e maio de 2023, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Revisões de literatura, editoriais e comunicações curtas foram excluídos do estudo.

**Resultados:** Inicialmente foram identificados 138 artigos elegíveis: 94 na base de dados PUBMED, 43 na BVS e 1 inserido manualmente. Após exclusão dos artigos duplicados e seleção pela leitura dos títulos, resumos e, por fim, dos textos completos, 12 artigos foram incluídos na revisão integrativa. A análise dos estudos possibilitou categorizar as iniquidades no acesso aos serviços odontológicos pela população negra em 3 perspectivas: barreiras aos serviços odontológicos, qualidade dos serviços e viés racial no tratamento odontológico.

**Conclusões:** Diante dos estudos analisados, observou-se que fatores socioeconômicos, geográficos, culturais e comportamentais, aliados ao racismo estrutural, culminam no distanciamento da população negra ao acesso equitativo. Conclui-se que os fatores associados às iniquidades raciais no acesso a serviços odontológicos por essa população são fundamentados na dimensão estrutural da hierarquia racial na sociedade.

**Descritores:** acessibilidade aos serviços de saúde; serviços de saúde bucal; grupos raciais; negro ou afro-americano.

Data recebimento: 28/22/2023

Data aceite: 04/07/2024

## INTRODUÇÃO

As iniquidades raciais referem-se às desigualdades injustas e desproporcionais entre diferentes grupos raciais, transcendendo as diferenças biológicas, evidenciando as distinções sociais que favorecem certos grupos em detrimento de outros, sendo característica marcante das sociedades nas quais a racialização

das relações sociais resulta em segregação e discriminação sistemática de minorias raciais<sup>1</sup>.

Dessa forma, as iniquidades raciais surgem em decorrência de injustiças históricas e sistêmicas que afetam grupos raciais oprimidos em diversas esferas da sociedade, sendo um dano de dimensão ética e social<sup>2</sup>. Essas iniquidades são evidenciadas em diversos contextos, como saúde, educação, segurança

### Autor para correspondência:

Diego Motinha Matos

Rua Silvério Marcelino, 44, Centro - Alvarenga | MG. CEP: 35249-000. Telefone: (33) 998356472

E-mail: diego.motinha@estudante.ufjf.br

e sistema de justiça, e se manifestam por meio de desigualdades no acesso a oportunidades, recursos, serviços e direitos, fundamentadas pela raça dos indivíduos<sup>2-4</sup>.

A população negra enfrenta repressões decorrentes das injúrias impostas pela sociedade devido ao racismo sistêmico<sup>2</sup>. O racismo sistêmico refere-se ao racismo que emerge de sua integração em um sistema unificado de diferenciação e discriminação racial, inerente ao funcionamento das estruturas de uma sociedade<sup>5</sup>. Esse mecanismo sustenta as condições sociais que moldam a tomada de decisões no âmbito das políticas sociais e de saúde, governança e hierarquização social, resultando em um sistema de opressão que impede o acesso equitativo às oportunidades<sup>6-8</sup>.

As iniquidades raciais proporcionadas pelo racismo institucional colocam as pessoas negras em situação de vulnerabilidade social, já que esta parcela da população possui menos acesso à informação e educação, piores condições de trabalho, empregabilidade e moradia e menor poder aquisitivo, o que influencia diretamente no acesso à saúde<sup>9</sup>. Nesse sentido, estudos mostram que a população negra apresenta menor probabilidade de visita aos serviços de saúde, menor cobertura de seguro saúde, e é mais propensa a ser maltratada por um profissional de saúde<sup>9-11</sup>.

No âmbito da saúde bucal, a literatura mostra que a população negra apresenta também piores condições de saúde bucal, com uma maior prevalência de cárie<sup>11,12</sup> e doença periodontal<sup>11,13</sup>. Além disso, é importante ressaltar que essa população também enfrenta maiores dificuldades de acesso aos serviços odontológicos<sup>14-17</sup>.

No entanto, pouco é investigado sobre as dimensões institucionais e estruturais do

racismo e seus efeitos na saúde dos indivíduos, o que coopera para a falsa percepção de que as iniquidades raciais são resultado apenas de fatores individuais<sup>18</sup>. Além disso, a literatura odontológica carece de estudos que investiguem as consequências de fenômenos sociais como estereótipo, estigmatização e preconceitos baseados na raça no acesso a serviços odontológicos. Dessa forma, é necessária uma compreensão mais abrangente sobre como o racismo estrutural e as injúrias raciais impactam no acesso, na qualidade dos serviços odontológicos e nos desfechos em saúde bucal<sup>18,19</sup>. O objetivo deste estudo foi analisar a literatura científica disponível sobre as iniquidades raciais no acesso a serviços odontológicos pela população negra.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, que visa sintetizar de maneira sistemática, ordenada e abrangente, as pesquisas disponíveis sobre a temática por meio de uma avaliação criteriosa e reprodutível, constituindo-se, basicamente, como um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE)<sup>20</sup>. Para tanto, foram seguidas as seguintes etapas: definição do tema e elaboração da questão de pesquisa; definição dos critérios de elegibilidade dos estudos; busca das publicações nas bases de dados; categorização e análise das informações encontradas nas publicações; avaliação dos estudos selecionados; e apresentação dos resultados, incluindo análise crítica dos achados e síntese da revisão<sup>21</sup>. A pergunta norteadora: “Como a raça influencia o acesso a serviços odontológicos pela população negra?” foi elaborada por meio da estratégia PECO. A estratégia é descrita no quadro 1.

**Quadro 1.** Descrição da estratégia PECO.

	Definição	Descrição
<b>P</b>	Paciente ou problema	População negra
<b>E</b>	Exposição	Raça
<b>C</b>	Comparação	Grupos raciais dominantes
<b>O</b>	Desfecho	Acesso a serviços odontológicos

Para o levantamento bibliográfico, realizou-se uma busca virtual, no período de abril a maio de 2023, nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline- via Pubmed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Visando a busca por termos padronizados nas bases de dados, utilizou-se o “Descritores em Ciências da Saúde” (DECS). Os termos de busca selecionados, na língua inglesa, foram “Health services accessibility”, “Dental health services”, “race” e “blacks”. Para a busca, os

descritores foram combinados entre si utilizando o operador booleano AND: “health services accessibility AND dental health services AND race AND blacks”.

Adotaram-se como critérios de inclusão: os estudos originais que possuam como desfecho o acesso ou uso de serviços odontológicos e a raça/cor como variável de exposição, publicados entre janeiro de 2003 e maio de 2023, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Por outro lado, foram excluídos do estudo revisões de literatura, editoriais, bem como comunicações curtas.

O processo de seleção dos artigos foi realizado por dois pesquisadores. Em caso de discordâncias, um terceiro pesquisador seria acionado, o que não foi necessário.

Para o gerenciamento, armazenamento e organização das referências bibliográficas, utilizou-se o software “EndNote Web”. Após a busca inicial, foram removidos os artigos duplicados em diferentes bases de dados. Em seguida, foram excluídos aqueles que não atendiam aos critérios de elegibilidade propostos para a revisão, seguindo as fases de exclusão pelo título, pelo resumo e,

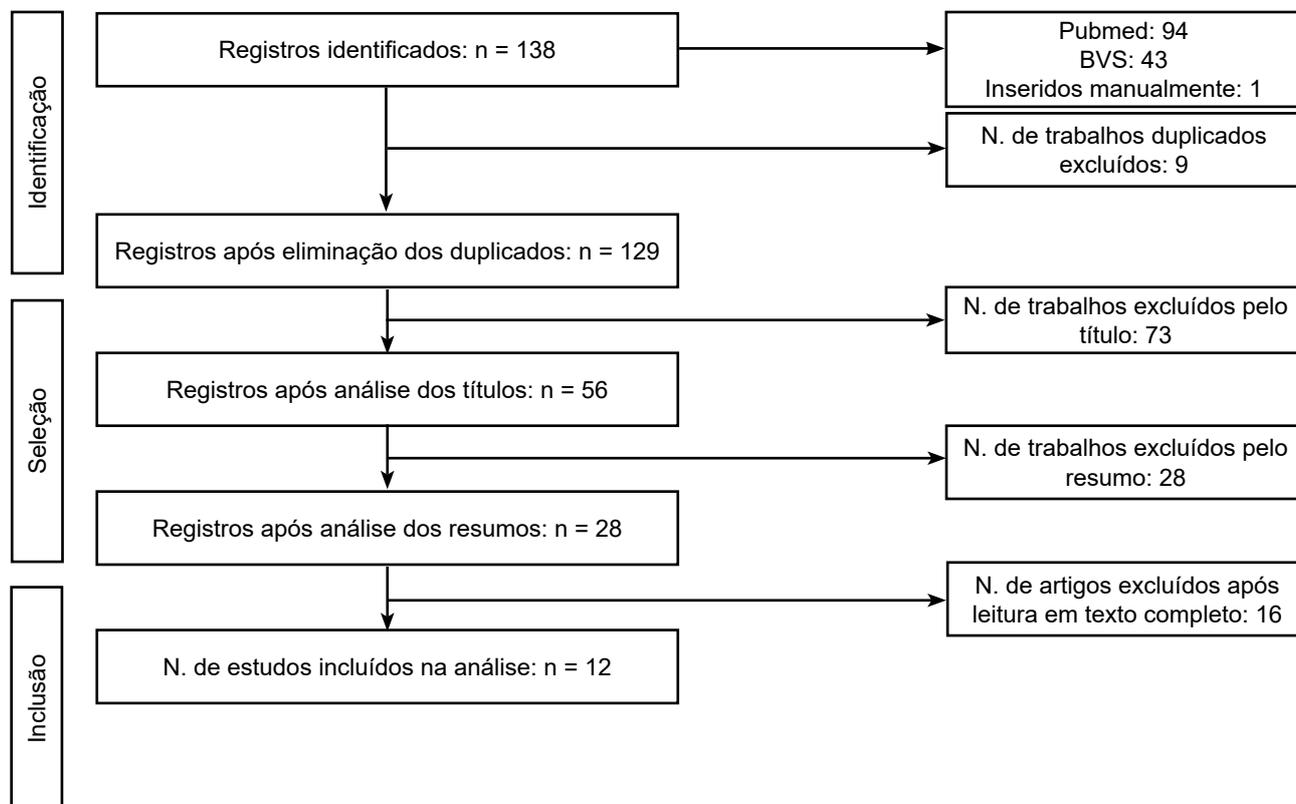
por fim, pelo texto completo.

Para orientar a extração dos dados dos estudos, elaborou-se um quadro contendo os seguintes dados dos artigos selecionados: autoria, ano da publicação, tipo de estudo, população de estudo, categorias raciais, objetivo principal e principais resultados.

## RESULTADOS

A busca inicial nas bases de dados resultou em 138 artigos elegíveis: 94 na base de dados PUBMED, 43 na BVS e 1 inserido manualmente, o qual foi indicado por um expert na área. Deste total de 138 artigos, 9 artigos eram duplicados, 73 foram excluídos pelo título e 28 pela leitura do resumo. Restaram, então, 28 artigos para serem avaliados pelo seu texto completo. Após a leitura, 16 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade propostos e, portanto, 12 artigos foram considerados elegíveis para a revisão. O processo de seleção dos artigos é apresentado na figura 1.

**Figura 1.** Fluxograma de seleção dos artigos.



Aconsolidação das principais informações contidas em cada artigo selecionado está

disposta no quadro 2.

**Quadro 2.** Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa.

(continua)

Autores / Ano de publicação	Local do estudo	Tipo de estudo	População de estudo	Categorias Raciais	Objetivo principal	Principais resultados
Boehmer, et al., 2016 <sup>15</sup> .	Estados Unidos.	Transversal.	71.315 pacientes maiores de 18 anos registrados nos prontuários eletrônicos do Veterans Health Administration	Branco, negro, hispânico, asiático e multirraciais.	Avaliar se há disparidades raciais no atendimento odontológico, com ênfase na execução de tratamento endodôntico versus extração dentária.	A população afro-americana teve um menor percentual de atendimentos odontológicos conservadores, apenas 12,64%, tendo majoritariamente a extração dentária como tratamento proposto. Fatores como a tomada de decisão do profissional, comunicação paciente-profissional e preferências do paciente, têm um papel importante na equidade do atendimento odontológico.
Bomfim, Da Cunha, Lacerda, 2022 <sup>5</sup> .	Brasil.	Transversal.	8.993 indivíduos maiores de 18 anos participantes do PMAQ-CEO.	Branco, preto e pardo.	Verificar as diferenças raciais no desempenho dos CEOs no Brasil, segundo a presença de ouvidoria de saúde ativa.	Houve desigualdades raciais nas percepções dos usuários dos CEOs para pardo/preto do que para branco em todas as dimensões analisadas (acesso, serviços de acolhimento, vínculo e responsabilidade e participação social).
Constante, Marinho e Bastos, 2021 <sup>6</sup> .	Brasil.	Transversal.	271.677 indivíduos maiores de 18 anos.	Branco e preto.	Avaliar as políticas de saúde no Brasil, particularmente seus impactos na consecução de dois princípios do SUS: a universalidade e a equidade.	As iniquidades raciais na cobertura da ESF foram constantes para todas as regiões geográficas. Embora os negros tiveram maior cobertura pela ESF, apresentaram maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde e menos propensos a serem cobertos por planos de saúde.
Flores e Lin, 2013 <sup>21</sup> .	Estados Unidos.	Transversal.	193.995 crianças de 0 a 17 anos participantes do NSCH.	Branco, negro, latino /hispânico, asiático/ das ilhas do Pacífico, indígenas americanos/ nativos do Alasca e multirraciais.	Identificar disparidades raciais/étnicas em saúde médica e bucal, acesso a cuidados e uso de serviços em crianças americanas e determinar se essas disparidades mudaram ao longo do tempo.	Houve uma redução nas disparidades raciais/étnicas na saúde infantil ao longo dos anos, mas ainda persistem. As crianças negras tiveram menor acesso aos serviços odontológicos, maior probabilidade de apresentar problemas de saúde bucal e são menos propensas a terem visitas regulares ao dentista, recorrendo mais aos serviços de emergência odontológica.

Gilbert, Litaker e Makhija, 2007 <sup>18</sup> .	Estados Unidos.	Coorte prospectivo.	873 indivíduos acima de 45 anos participantes do Florida Dental Care Study	Negros não hispânicos e brancos não hispânicos.	Investigar as diferenças na qualidade dos serviços odontológicos prestados em consultórios que atendem pacientes de diferentes raças e níveis de renda.	Os consultórios que atendem a população afro-americana e de menor poder aquisitivo relataram serviços de menor qualidade, menor adesão aos seguros odontológicos, menor percentual de pacientes que buscam atendimento preventivo e seguem orientações de cuidados sobre higiene bucal.
Kelesidis, 2014 <sup>11</sup> .	Estados Unidos.	Transversal.	139 pacientes maiores de 18 anos inscritos na Faculdade de Odontologia da Universidade de Nova York.	Afro-americanos e asiático-americanos.	Comparar fatores socioculturais e percepções de saúde bucal entre afro-americanos e asiático-americanos.	A raça foi um importante preditor de percepções adversas de saúde bucal. Os afro-americanos tiveram 14,7% mais dificuldade de acesso aos cuidados de saúde bucal, 15,4% de não frequentarem os serviços odontológicos devido aos custos, e 12,9% de frequentarem com maior frequência devido a dor e extrações dentárias; além de menor percepção de saúde bucal em relação aos asiático-americanos.
Muthra, et al., 2019 <sup>23</sup> .	Estados Unidos.	Qualitativo.	48 indivíduos maiores de 18 anos residentes em áreas carentes de Washington, DC.	Negros.	Investigar o conhecimento em saúde bucal entre os afro-americanos e compreender suas crenças, atitudes e práticas relacionadas à saúde bucal.	60,4% dos entrevistados não tinham conhecimento da correlação entre doenças crônicas e saúde bucal; 91% relataram que o custo é uma barreira para receber atendimento odontológico. Além disso, expressavam um maior nível de conforto e confiança com dentistas que demonstravam boa comunicação profissional-paciente.
Northridge, et al., 2017 <sup>10</sup> .	Estados Unidos.	Qualitativo.	194 idosos residentes no norte de Manhattan, Nova York.	Afro-americanos, dominicanos e porto-riquenhos,	Compreender as perspectivas dos idosos pertencentes a minorias raciais/étnicas sobre as propostas de reforma do Medicaid e seus potenciais efeitos aos cuidados odontológicos.	Os idosos pertencentes a minorias raciais/étnicas enfrentam barreiras no acesso aos serviços odontológicos, como a falta de seguro odontológico, dificuldades financeiras, transporte, problemas de saúde subjacentes e falta de conhecimento sobre onde obter cuidados odontológicos.
Schrimshaw, et al., 2011 <sup>22</sup> .	Estados Unidos.	Qualitativo.	118 indivíduos maiores de 18 anos residentes no bairro Central Harlem da cidade de Nova York.	Afro-americanos não hispânicos.	Investigar as barreiras relacionadas aos seguros de saúde que impedem o acesso aos cuidados odontológicos entre adultos afro-americanos.	A falta de seguro odontológico foi uma barreira significativa para a busca de atendimento odontológico, limitando-se ao atendimento odontológico de urgência, enquanto os pacientes assegurados enfrentaram barreiras relacionadas ao custo, cobertura limitada e preocupações com a qualidade dos serviços prestados pelo seguro.

Shi, Lebrun, Tsai, 2010 <sup>13</sup> .	Estados Unidos.	Transversal.	34.403 indivíduos com menos de 65 anos participantes da MEPS.	Branco, afro-americanos e hispânicos.	Investigar a influência da raça/etnia, seguro de saúde e renda na acessibilidade aos cuidados médicos, odontológicos e medicamentos prescritos.	Os indivíduos de raças/etnias minoritárias, tiveram acesso limitado aos cuidados médicos e odontológicos, sendo que os afro-americanos tiveram menor acesso aos serviços odontológicos no ano anterior, com 13%. Além disso, a ausência de plano de saúde e menor poder aquisitivo intensificaram essa disparidade.
De Souza et al., 2012 <sup>12</sup> .	Brasil.	Transversal.	5108 idosos entre 65 e 74 anos participantes da SB Brasil.	Branco, pretos e pardos.	Analisar a associação entre raça e uso de serviços odontológicos entre idosos.	A raça é um fator limitante na utilização dos serviços odontológicos por idosos. 7,8% dos idosos negros afirmaram nunca terem ido ao dentista, enquanto 3,8% dos idosos brancos relataram essa ausência. Ao ajustar o modelo da utilização de serviços odontológicos com as variáveis socioeconômicas de escolaridade e renda, houve uma redução no valor da razão de prevalência, contudo, a raça negra ainda se manteve como grupo de menor acesso.
Tellez, et al., 2006 <sup>3</sup> .	Estados Unidos.	Transversal.	1.021 crianças menores de seis anos, de baixa renda, residentes em Detroit, Michigan.	Afro-americanos.	Avaliar a relação entre características do bairro e a gravidade da cárie dentária entre afro-americanos de baixa renda.	Dois características particulares dos bairros mostraram ter efeitos consistentes na gravidade da cárie, sendo o número de igrejas associado aos menores níveis de cárie e o número de mercearias associado aos maiores níveis de cárie. Além disso, as condições socioeconômicas e ambientais como desemprego, pobreza, baixa escolaridade e condições habitacionais precárias influenciaram nas condições de saúde bucal das comunidades marginalizadas.

Dentre os estudos selecionados, 11 (91,6%) estavam disponíveis em inglês e 1 em português. Metade dos artigos (6) foram publicados nos últimos 10 anos, sendo que apenas 3 artigos incluídos foram publicados nos últimos 5 anos.

Quanto aos locais dos estudos, os Estados Unidos foi o país com mais publicações na presente revisão, contabilizando 9 estudos, seguido pelo Brasil com 3.

No que tange ao tipo dos estudos, tiveram 8 estudos transversais, 3 qualitativos e 1 estudo de coorte prospectivo.

Todos os estudos incluídos identificaram disparidades raciais no acesso à assistência odontológica. A análise dos estudos possibilitou

categorizar as iniquidades no acesso aos serviços odontológicos pela população negra em 3 perspectivas: I) Barreiras aos serviços odontológicos, II) Relação paciente-profissional, III) Viés racial na abordagem do tratamento odontológico.

## DISCUSSÃO

O acesso aos serviços odontológicos resulta de uma combinação de fatores que interagem de modo complexo e indissociável. Diante dos estudos analisados, observou-se que fatores socioeconômicos, geográficos, culturais e comportamentais, aliados ao racismo estrutural, culminam no distanciamento dos

grupos raciais oprimidos ao acesso equitativo proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), perpetuando as iniquidades raciais<sup>4,8,12,22</sup>. Nos estudos analisados, diferentes nomenclaturas foram utilizadas para se referir à população de estudo, variando entre: pretos, negros e afro-americanos. Tal diferenciação é justificada pelas diferentes conotações históricas, geográficas e culturais associadas a esses termos nos países nos quais foram realizadas as pesquisas<sup>23</sup>.

### **I) BARREIRAS ENFRENTADAS PELA POPULAÇÃO NEGRA NO ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

O sistema de saúde desempenha um papel fundamental para a melhoria da qualidade de vida da população e para a redução das iniquidades por meio do acesso equitativo aos serviços de saúde<sup>24</sup>. Todavia, os estudos evidenciaram que existem entraves que comprometem o acesso da população negra aos serviços de saúde. Tais entraves são relacionados aos determinantes socioeconômicos e geográficos, disparidades raciais na educação e alfabetização em saúde bucal, desequilíbrios de poder e políticas discriminatórias<sup>4-6,13</sup>.

No contexto odontológico, a raça persiste sendo uma barreira à obtenção dos serviços de saúde, com a população negra enfrentando maior dificuldade de acesso<sup>7,15,16</sup>. De acordo com os estudos de Kelesidis (2014)<sup>15</sup>, os negros americanos tiveram 14,7% mais dificuldade de acesso aos cuidados de saúde bucal. De Souza et al. (2012)<sup>16</sup> identificaram, através de dados do levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal no Brasil, o dobro de idosos negros (7,8%) que nunca foram ao dentista, em comparação a idosos autodeclarados brancos (3,8%). Além disso, alguns estudos mostraram que a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos pela população negra é observada em todas as faixas etárias, incluindo crianças, adultos e idosos<sup>14,25,26</sup>. Os resultados ratificam as pesquisas anteriores realizadas por Shi, Lebrun e Tsai (2010)<sup>17</sup>, que apontam menor acesso aos cuidados médicos e odontológicos pela população afro-americana, o que impacta na percepção e no comportamento destes, interferindo em sua saúde como um todo.

Entre as barreiras citadas nos artigos, os determinantes socioeconômicos são os de maior associação à falta de acesso. Segundo Muthra et al. (2019)<sup>27</sup>, em pesquisa realizada nos Estados Unidos, 91% dos negros relataram que o custo dos serviços é uma barreira para receber atendimento odontológico.

As iniquidades raciais se mantêm no tempo e no espaço, sendo reproduzidas em países que contam ou não com sistemas universais<sup>18</sup>, como mostram os resultados dos artigos incluídos na presente revisão, que analisaram as iniquidades raciais no acesso aos serviços odontológicos nos Estados Unidos e no Brasil.

No caso dos Estados Unidos, a política de saúde vigente é fundamentada no modelo privado, com a provisão e financiamento dos serviços de saúde por parte do governo, bem como por parte da iniciativa privada<sup>14</sup>. Dessa forma, o acesso à saúde se dá, para a maioria da população, pelo sistema privado, uma vez que não há uma cobertura universal. A ausência do princípio de universalidade reflete na saúde bucal dos grupos minoritários, visto que os negros americanos relataram menor adesão aos seguros odontológicos, menor percentual de busca pelo atendimento preventivo, sendo que o menor poder aquisitivo intensificou essa disparidade<sup>15,17,27</sup>.

Em relação ao cenário brasileiro, embora os serviços de saúde bucal sejam integrados ao SUS, para prestação de serviços gratuitos para a população, as iniquidades raciais no acesso aos serviços odontológicos também são marcantes. Constante, Marinho e Bastos (2021)<sup>8</sup>, avaliando as políticas de saúde no Brasil, particularmente seus impactos na execução dos princípios de universalidade e equidade, observaram que a população negra tem maior percepção da dificuldade de acesso ao serviço odontológico quando comparada à população branca. Nesse sentido, percebe-se que, embora haja uma cobertura universal dos serviços de saúde, há ainda uma dificuldade dessa população ser inserida no sistema de saúde.

Constatou-se, entre os estudos qualitativos incluídos nesta revisão, disparidades raciais na educação e alfabetização em saúde bucal, o que pode ser caracterizado como uma barreira na busca pelo atendimento odontológico. Os determinantes primários de saúde, como baixa escolaridade e falta de percepção de necessidade de tratamento, influenciaram negativamente nos indicadores de saúde bucal<sup>14,26,27</sup>.

De acordo com Sousa et al. (2019)<sup>28</sup>, os indivíduos com maior escolaridade usufruem de melhores posições socioeconômicas como emprego, renda e posse de bens, além de apresentarem maior alfabetização em saúde bucal, compreensão dos fatores de risco para patologias bucais, autopercepção das necessidades de tratamento e acesso facilitado

aos serviços odontológicos. Contudo, mesmo após ajustar as variáveis socioeconômicas de escolaridade e renda, a população negra manteve-se como grupo de menor acesso aos serviços odontológicos, o que evidencia um impacto negativo significativo, fruto de disparidades estruturais, sociais e culturais<sup>15,16</sup>.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) desempenha um papel fundamental para prover atendimentos odontológicos para a comunidade, por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde, especialmente nas áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica<sup>7</sup>. Entretanto, os estudos revelam iniquidades raciais no acesso geográfico, que comprometem o acesso da população tanto nas macrorregiões do país, assim como nas microrregiões, segregando o atendimento dos centros urbanos e regiões periféricas<sup>6,29</sup>.

Constante, Marinho e Bastos (2021)<sup>8</sup> observaram que a população negra relata maiores dificuldades de acesso aos atendimentos odontológicos em todas as regiões geográficas do Brasil. A população negra é propensa a concentrar-se em regiões marginalizadas devido a questões econômicas, falta de oportunidades e ao processo cultural de hierarquização e submissão dessa parcela da população, dificultando o acesso aos serviços<sup>17,27</sup>. Ademais, as condições socioeconômicas e ambientais, como desemprego e condições habitacionais precárias, influenciam também nas condições de saúde bucal das comunidades marginalizadas<sup>4</sup>.

Aliado ao fator geográfico, a dificuldade na mobilidade urbana e os impasses para o deslocamento aos locais de atendimento, perpassam tanto pela questão financeira, quanto pelas limitações físicas e comorbidades, uma vez que os atendimentos tendem a ser polarizados<sup>14</sup>.

Além dos aspectos individuais mencionados, existem barreiras estruturais que moldam e influenciam as desigualdades de acesso aos serviços odontológicos no âmbito coletivo<sup>22</sup>. A sub-representação dos negros em cargos políticos e de liderança, somada à exclusão popular nos processos de tomada de decisão, convergem para a falta de priorização das demandas da população negra<sup>30</sup>. Tal escassez reflete nos recursos limitados direcionados aos serviços odontológicos nas comunidades de maioria negra, baixo investimento em políticas públicas de inclusão social e programas de combate à discriminação racial na sociedade e no Estado<sup>3,12,31</sup>.

O desequilíbrio de poder, aliado às políticas discriminatórias, são resultantes do racismo, que se manifesta em diferentes níveis e mecanismos.

O guia de enfrentamento ao racismo institucional, elaborado pelo Geledés - Instituto da Mulher Negra (2013)<sup>30</sup>, conceitua que:

(...) o racismo pode se expressar no nível pessoal e internalizado, determinando sentimentos e condutas; no nível interpessoal, produzindo ações e omissões; e também no nível institucional, resultando na indisponibilidade e no acesso reduzido a serviços e a políticas de qualidade; no menor acesso à informação; na menor participação e controle social; e na escassez generalizada de recursos.

## **II) DIFICULDADES NA RELAÇÃO PACIENTE-PROFISSIONAL**

A literatura converge para evidenciar diferenças raciais na qualidade dos serviços odontológicos prestados à população negra, enfatizando que esta tende a vivenciar, em maior percentual, experiências negativas durante a utilização dos serviços de saúde<sup>7,22,27</sup>. O estudo realizado por Bonfim, Da Cunha e Lacerda (2022)<sup>7</sup>, demonstrou que os negros tiveram 36% menos chance de relatar um atendimento respeitoso e de qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Dentre os fatores associados à qualidade dos serviços odontológicos, a comunicação efetiva entre o profissional e o paciente, a confiança e experiência profissional, percepção de vínculo e acolhimento, o respeito durante o tratamento e o acesso adequado aos serviços, mostraram uma influência positiva na qualidade do atendimento odontológico<sup>7,27</sup>. Entretanto, desigualdades raciais em todas as dimensões analisadas foram detectadas<sup>7</sup>.

Tais disparidades são influenciadas por aspectos multifacetados, que englobam as desigualdades econômicas, restrições no acesso a serviços odontológicos, estereótipos implícitos, experiências negativas prévias, aliados ao racismo estrutural e institucional. A conjunção desses fatores acentua os receios e preocupações da população negra ao buscar por atendimento odontológico<sup>3,7,22,25,27</sup>.

Galvão et al. (2021)<sup>3</sup>, definem o racismo estrutural e institucional da seguinte forma:

(...) O racismo estrutural, cristalizado e internalizado na cultura de um povo, exclui uma parcela da população do acesso à educação, emprego, informação e da mobilidade social ascendente. Já o racismo institucional é resultado de políticas, práticas e procedimentos de instituições que causam efeito negativo no acesso das minorias raciais, como também na qualidade de bens, serviços e oportunidades.

A ausência da representatividade negra na odontologia, aliada à falta de conhecimento dos profissionais a respeito do contexto histórico e hierárquico desta população, o qual envolve séculos de discriminação, opressão e desigualdade, impulsionam a perpetuação de estereótipos implícitos, diminuição da confiança dos pacientes negros e dificultam uma abordagem culturalmente sensível no cuidado odontológico<sup>27,32</sup>.

Em relação ao preconceito percebido nos serviços de saúde pública, um quarto da população negra entrevistada evidenciou que já foi vítima de racismo nos centros de saúde pública no Brasil, enfatizando o preconceito racial como determinante social de saúde<sup>33</sup>. Contudo, a presença de ouvidorias de saúde ativa na promoção da participação social, atuando como um canal de comunicação efetivo entre a população e a gestão do SUS, esteve associada a menores iniquidades raciais<sup>7</sup>.

No que tange à saúde bucal, a literatura científica carece de estudos abrangentes para identificar os mecanismos envolvidos e o impacto que o racismo possui nesse contexto<sup>33</sup>.

### **III) VIÉS RACIAL NA ABORDAGEM DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Existe um viés racial persistente na tomada de decisão clínica nos atendimentos odontológicos, em que é observado um modelo de atenção à saúde bucal caracterizado pela exclusão, resultando em procedimentos mais invasivos, de menor custo e complexidade, para pacientes negros<sup>2,19,22</sup>. Esse viés persiste mesmo quando não há menção ao status socioeconômico do paciente<sup>34</sup>. Isso resulta, frequentemente, em mais tratamentos mutiladores para os pacientes negros, quando comparados aos procedimentos realizados em pacientes brancos<sup>19,22</sup>.

Um estudo realizado por Boehmer et al. (2016)<sup>19</sup>, ressalta que a população afro-americana apresenta apenas 12,64% de atendimentos odontológicos conservadores, sendo a extração dentária o tratamento mais comumente proposto quando comparado ao tratamento endodôntico.

Chisini et al. (2019)<sup>34</sup> destacam que os pacientes brancos com lesões de cárie extensa têm uma probabilidade duas vezes maior de serem encaminhados para o tratamento protético, enquanto os pacientes negros, em sua maioria, recebem predominantemente restaurações diretas. Isso mostra que, mesmo quando há uma tendência em direção a opções

de tratamentos mais conservadores, o viés racial persiste, com a indicação de procedimentos de menor complexidade e custo para pacientes negros.

De acordo com Ferreira e Queiroz (2018)<sup>35</sup>:

“As ciências seguem, assim, em grande medida, ocupadas por acadêmicos brancos com a insuspeita reprodução de seus conhecimentos sem uma reflexão crítica sobre seus próprios privilégios e a produção de teorias sobre os “outros” desviantes do padrão eurocêntrico de humanidade (homens, brancos, heterossexuais, burgueses).”

O perfil dos estudantes e profissionais de odontologia, representado pela branquitude e elitismo, contribui para a manutenção do privilégio e poder social<sup>2</sup>. Dessa forma, a ausência de diversidade institucional, aliada à falta de competência cultural dos profissionais, intensifica as disparidades entre os grupos raciais e o viés racial nos tratamentos odontológicos conservadores<sup>2,32</sup>.

Portanto, torna-se evidente a necessidade de adotar práticas antirracistas como forma de mitigar as injustiças persistentes. Para isso, é necessário reconhecer e combater o racismo estrutural, institucional e interpessoal, por meio da mensuração da opressão nos diversos níveis do racismo, com o intuito de fomentar a implementação de ações afirmativas e outras políticas de enfrentamento, visando a pluralidade racial nos cargos, distribuição equitativa de poder e controle sobre as instituições, recursos e políticas públicas<sup>2,8,30</sup>.

Além disso, os pesquisadores devem ponderar o contexto histórico, social e político diante das iniquidades em saúde bucal ao elaborar os textos científicos, utilizando narrativas ativamente antirracistas, bem como ampliar a composição interdisciplinar das equipes de pesquisa e a produção de artigos científicos acerca de intervenções contra o racismo sistêmico. Em conjunto, é necessário o aprimoramento dos currículos acadêmicos nos cursos de Odontologia e a capacitação dos professores para abordar as iniquidades raciais de modo adequado e assertivo. Por meio do aumento da carga horária direcionada ao estudo das iniquidades raciais, do reconhecimento do racismo estrutural e institucional persistentes e de como esses fatores impactam na saúde e no acesso aos cuidados, os estudantes em formação poderão desenvolver uma abordagem mais abrangente, inclusiva e culturalmente sensível<sup>2,18</sup>.

Este estudo apresenta pontos fortes e limitações. Entre as limitações pode-se citar a utilização de apenas duas bases de dados utilizadas. Essa escolha pode ter resultado na exclusão de estudos relevantes publicados em outras plataformas. Além disso, a heterogeneidade dos estudos incluídos, decorrente da inclusão de diversos tipos de estudos e delineamento das pesquisas, pode ser uma limitação para a síntese dos resultados. No que diz respeito aos pontos positivos, este estudo permitiu a identificação de lacunas no acesso da população negra aos serviços odontológicos. Além disso, a síntese das evidências encontradas servirá como subsídio para fomentar o desenvolvimento de políticas públicas e intervenções destinadas a reduzir essas desigualdades, bem como proporcionará uma compreensão mais abrangente do impacto do racismo na saúde bucal. É importante destacar que há escassez de trabalhos na literatura que abordem as consequências do racismo no acesso da população negra aos serviços de saúde bucal, ressaltando a relevância deste estudo para preencher essa lacuna.

## CONCLUSÃO

Todos os estudos incluídos na presente revisão integrativa identificaram iniquidades raciais no acesso à assistência odontológica pela população negra. Essas iniquidades são fundamentadas na dimensão estrutural da hierarquia racial na sociedade, que se dá de forma injusta. Observou-se que fatores socioeconômicos e geográficos, aliados a fatores culturais e comportamentais por parte dos profissionais de Odontologia, todos decorrentes do racismo estrutural, culminam no distanciamento da população negra ao acesso a serviços odontológicos.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum conflito de interesse a declarar.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Diego Motinha Matos** participou da conceituação, metodologia, software, Análise Formal, Investigação, Recursos, Curadoria de Dados, Redação; Preparação do Rascunho Original, Redação, Revisão e Edição, Visualização, Supervisão e Administração do Projeto.

**Rafaela de Oliveira Cunha** participou da conceituação, metodologia, software, Análise Formal, Investigação, Recursos, Curadoria de Dados, Redação; Preparação do Rascunho Original, Redação, Revisão e Edição, Visualização, Supervisão e Administração do Projeto.

**Gracieli Prado Elias** participou da conceituação, metodologia, software, Análise Formal, Investigação, Recursos, Curadoria de Dados, Redação; Preparação do Rascunho Original, Redação, Revisão e Edição, Visualização, Supervisão e Administração do Projeto.

**Isabel Cristina Gonçalves Leite** participou da conceituação, metodologia, software, Análise Formal, Investigação, Recursos, Curadoria de Dados, Redação; Preparação do Rascunho Original, Redação, Revisão e Edição, Visualização, Supervisão e Administração do Projeto.

## ORCID

Diego Motinha Matos: <https://orcid.org/0000-0002-5580-620X>

Rafaela de Oliveira Cunha: <https://orcid.org/0000-0001-9308-970X>

Gracieli Prado Elias: <https://orcid.org/0000-0001-9542-8525>

Isabel Cristina Gonçalves Leite: <https://orcid.org/0000-0003-1258-7331>

## REFERÊNCIAS

1. Faro A, Pereira ME. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Estud Psicol (Natal, online)*. 2011;16(3):271-8.
2. Lamenha-Lins RM, Souza GLN, Ferreira FM, Paiva SM, Bastos JL, Serra-Negra JM. Racismo estrutural e saúde bucal. Belo Horizonte: Comissão Editorial FAO UFMG; 2022.
3. Galvão ALM, Oliveira E, Germani ACCG, Luiz ODC. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saúde Soc*. 2021;30(2): e200743.
4. Braveman PA, Arkin E, Proctor D, Kauh T, Holm N. Systemic and structural racism: definitions, examples, health damages, and approaches to dismantling: study examines definitions, examples, health damages, and dismantling systemic and structural racism. *Health Aff*. 2022;41(2):171-8.
5. Tellez M, Sohn W, Burt BA, Ismail AI. Assessment of the relationship between neighborhood characteristics and dental caries severity among low-income African-

- Americans: a multilevel approach. *J Public Health Dent*. 2006;66(1):30-6.
6. Cogburn CD. Culture, race, and health: implications for racial inequities and population health. *Milbank Q*. 2019;97(3):736-1.
  7. Bomfim RA, Cunha IP, Lacerda VRD. Health ombudsman and racial inequities in Dental Specialities Centers performance in Brazil: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2022;50(1):11-8.
  8. Constante HM, Marinho GL, Bastos JL. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. *Cienc Saude Colet*. 2021;26:3981-90.
  9. Williams DR, Priest N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. *Sociologias*. 2015;17(40):124-74.
  10. Cabral ED, Caldas Júnior AF, Cabral HAM. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(6):461-6.
  11. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(2):135-41.
  12. Bashir, NZ. Update on the prevalence of untreated caries in the US adult population, 2017-2020. *J Am Dent Assoc*. 2022;153(4):300-8.
  13. Silva Sobrinho ARD, Araújo FADC, Lima NLBD, Ferreira SJ, Sette-de-Souza PH. Agravos de saúde bucal na população quilombola brasileira: uma revisão de escopo. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e134.
  14. Northridge ME, Estrada I, Schrimshaw EW, Greenblatt AP, Metcalf SS, Kunzel C. Racial/ethnic minority older adults' perspectives on proposed Medicaid reforms' effects on dental care access. *Am J Public Health*. 2017;107(S1):S65-70.
  15. Kelesidis N. A racial comparison of sociocultural factors and oral health perceptions. *J Am Dent Hyg Assoc*. 2014;88(3):173-82.
  16. Souza EHAD, Oliveira PAPD, Paegle AC, Goes PSAD. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(8):2063-70.
  17. Shi L, Lebrun LA, Tsai J. Access to medical care, dental care, and prescription drugs: the roles of race/ethnicity, health insurance, and income. *South Med J*. 2010;103(6):509.
  18. Bastos JL, Celeste RK, Paradies YC. Racial inequalities in oral health. *J Dent Res*. 2018;97(8):878-86.
  19. Boehmer U, Glickman M, Jones JA, Orner MB, Wheler C, Berlowitz DR, et al. Dental care in an equal access system valuing equity: are there racial disparities? *Med Care*. 2016;54(11):998-1004.
  20. Souza MTD, Silva MDD, Carvalho RD. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo). 2010;8(1):102-6.
  21. Mendes KDS, Silveira RCDCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2019;17(4):758-64.
  22. Gilbert GH, Litaker MS, Makhija SK. Differences in quality between dental practices associated with race and income mix of patients. *J Health Care Poor Underserved*. 2007;18(5):847-67.
  23. Nunes RB. Tentando entender a diferença: Por que afrodescendente e não negro, pardo, mulato, preto. *Rev Afr Africanidades*. 2017; ano X(24).
  24. Vieira JMR, Rebelo MAB, Martins NMDO, Gomes JFF, Vettore MV. Contextual and individual determinants of non-utilization of dental services among Brazilian adults. *J Public Health Dent*. 2019;79(1):60-70.
  25. Flores G, LIN H. Trends in racial/ethnic disparities in medical and oral health, access to care, and use of services in US children: has anything changed over the years. *Int J Equity Health*. 2013;12:1-16.
  26. Schrimshaw EW, Siegel K, Wolfson NH, Mitchell DA, Kunzel C. Insurance-related barriers to accessing dental care among African American adults with oral health symptoms in Harlem, New York City. *Am J Public Health*. 2011;101(8):1420-8.
  27. Muthra S, Hamilton R, Leopold K, Dodson E, Mooney D, Wallington SF, et al. A qualitative study of oral health knowledge among African Americans. 2019;PLoS One. 14(7):e0219426.
  28. Sousa JLD, Henriques A, Silva ZPD, Severo M, Silva S. Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2019;35:e00099518.
  29. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PFD, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saude Colet*. 2021;26:2543-56.
  30. Geledés – Instituto da Mulher Negra. Cfemea – Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Guia de enfrentamento do

- racismo institucional: São Paulo: Ibraphel Gráfica; 2013.
31. Inwood J. White supremacy, white counter-revolutionary politics, and the rise of Donald Trump. *Environ Plann C: Politics Space*. 2019;37(4):579-96.
  32. Evans CA, Smith PD. Effects of racism on oral health in the United States. *Community Dent Health*. 2021;38(2):138-41.
  33. Lages SRC, Silva AMD, Silva DPD, Damas JM, Jesus MAD. O preconceito racial como determinante social da saúde - a invisibilidade da anemia falciforme. *Geraiis, Rev Interinst Psicol*. 2017;10(1):109-22.
  34. Chisini LA, Noronha TG, Ramos EC, Santos-Junior RB, Sampaio KH, Faria-e-Silva, et al. Does the skin color of patients influence the treatment decision-making of dentists? A randomized questionnaire-based study. *Clin Oral Investig*. 2019;23:1023-30.
  35. Ferreira GL, Queiroz MV. A trajetória da Teoria Crítica da Raça: história, conceitos e reflexões para pensar o Brasil. *Teor Jurid Contemp*. 2018;3(1):201-29.

## Racial inequities in access to dental services: an integrative review

**Aim:** To analyze the available scientific literature on racial inequities in access to dental services for the Black population.

**Materials and Methods:** It is an integrative literature review. An online search was conducted between April and May 2023, in the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline- Pubmed) and the Virtual Health Library (BVS) databases. The selected search terms in English were “Health services accessibility,” “Dental health services,” “race,” and “blacks.” Original studies that addressed access or use of dental services and race/color as an exposure variable, published between 2003 and May 2023, in English, Portuguese, or Spanish, were included. Literature reviews, editorials, and short communications were excluded from the study.

**Results:** Initially, 138 eligible articles were identified: 94 in the PUBMED database, 43 in the BVS, and 1 manually inserted. After removing duplicate articles and selecting by reading titles, abstracts, and finally full texts, 12 articles were included in the integrative review. The analysis of the studies allowed categorizing inequities in access to dental services by the black population into 3 perspectives: barriers to dental services, service quality, and racial bias in dental treatment.

**Conclusion:** Based on the analyzed studies, it was observed that socioeconomic, geographical, cultural, and behavioral factors, combined with structural racism, contribute to the limited access of the Black population to equitable services. It is concluded that the factors associated with racial inequities in access to dental services for this population are rooted in the structural dimension of racial hierarchy in society.

**Uniterms:** universal access to health care services; dental health services; racial groups; black or african american.