

# Associação entre discriminação racial e cárie dentária em adolescentes

## Association between racial discrimination and tooth decay in adolescents

### Asociación entre discriminación racial y caries en adolescentes

Kamila Valleska da Costa Souza<sup>1</sup>, Iraneide Nascimento dos Santos<sup>2</sup>, Priscilla Vasconcelos Aguiar<sup>3</sup>, Carolina da Franca Bandeira Ferreira Santos<sup>4</sup>

**Como citar:** Souza KVC, Santos IN, Aguiar PV, Santos CFBF. Associação entre discriminação racial e cárie dentária em adolescentes. 2024; 13(1): 207-17. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v13.n1.p207a217>

# REVISA

1. Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0001-8772-5474>

2. Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0001-8449-7840>

3. Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0002-4574-851X>

4. Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0002-7365-2806>

Recebido: 14/10/2023  
Aprovado: 26/12/2023

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar a associação entre a presença de discriminação racial e a situação de saúde bucal relacionada à cárie dentária. **Método:** Estudo transversal, com amostra de 209 adolescentes, avaliados em ambiente escolar através da aplicação de questionário e exame clínico bucal. As variáveis foram: discriminação racial percebida, sociodemográficas e cárie dentária (presença de pelo menos um dente cariado). Os dados foram analisados pelos testes de Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher e pela Regressão Logística Múltipla. **Resultados:** A maioria dos adolescentes era negra (66%), do sexo feminino (56,2%), com idade entre 14 e 16 anos (56%), heterossexual (73,2%) e cristã (59,3%). Em relação à situação socioeconômica 41,1% recebiam bolsa família e 19,2% tinham renda familiar de até um salário mínimo. A maior parte dos respondentes apresentou cárie (97,5%) e cerca de um quarto perdeu algum dente permanente. O índice médio do CPO-D foi de 3,7. Houve associação entre a raça/cor conforme o IBGE ( $p=0,033$ ) e pela escala de cores da pele ( $p=0,012$ ) e a ocorrência de cárie dentária. Adolescentes negros apresentaram duas vezes mais chances de terem cárie dentária ( $OR=2,11; IC=1,08-4,15$ ). **Conclusão:** Os achados deste estudo permitem concluir que observou-se associação entre discriminação racial e cárie dentária.

**Descritores:** Iniquidades em Saúde; Racismo; Instituições Acadêmicas; Saúde Bucal; Adolescente.

#### ABSTRACT

**Objective:** To identify the association between the presence of racial discrimination and the oral health situation related to tooth decay. **Method:** Cross-sectional study, with a sample of 209 adolescents, evaluated in a school environment through the application of a questionnaire and clinical oral examination. The variables were perceived racial discrimination, sociodemographics, tooth decay (presence of at least one decayed tooth). Data were analyzed using Pearson's Chi-square or Fisher's exact tests and Multiple Logistic Regression. **Results:** The majority of adolescents were black (66%), female (56.2%), aged between 14 and 16 years old (56%), heterosexual (73.2%) and Christian (59.3%). Regarding socioeconomic situation, 41.1% received a family allowance and 19.2% had a family income of up to one minimum wage. Most respondents had cavities (97.5%) and around a quarter lost some permanent teeth. There was an association between race/color according to IBGE ( $p=0.033$ ) and skin color scale ( $p=0.012$ ) and the occurrence of tooth decay. Black adolescents were twice as likely to have tooth decay ( $OR=2.11; CI=1.08-4.15$ ). **Conclusion:** The findings of this study allow us to conclude that an association was observed between racial discrimination and tooth decay.

**Descriptors:** Health Inequities; Racism; Schools; Oral Health; Adolescents.

#### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar a associação entre a presença de discriminação racial e a situação de saúde bucal relacionada à cárie dentária. **Método:** Estudio transversal, con una muestra de 209 adolescentes, evaluados en el ambiente escolar mediante la aplicación de un cuestionario y examen clínico oral. Las variables fueron discriminación racial percibida, sociodemográfica, caries (presencia de al menos un diente cariado). Los datos se analizaron mediante las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson o exacta de Fisher y Regresión Logística Múltiple. **Resultados:** La mayoría de los adolescentes eran negros (66%), mujeres (56,2%), con edades entre 14 y 16 años (56%), heterossexuales (73,2%) y cristianos (59,3%). En cuanto a la situación socioeconómica, el 41,1% recibía una asignación familiar y el 19,2% tenía un ingreso familiar de hasta un salario mínimo. La mayoría de los encuestados tenía caries (97,5%) y alrededor de una cuarta parte perdió algunos dientes permanentes. El índice CPOD promedio fue de 3,7. Hubo asociación entre raza/color según IBGE ( $p=0,033$ ) y escala de color de piel ( $p=0,012$ ) y la aparición de caries. Los adolescentes negros tenían el doble de probabilidades de tener caries ( $OR=2,11; IC=1,08-4,15$ ). **Conclusión:** Los hallazgos de este estudio nos permiten concluir que se observó una asociación entre la discriminación racial y la caries.

**Descritores:** Inequidades en Salud; Racismo; Instituciones Acadêmicas; Salud Bucal; Adolescente.

ORIGINAL

## Introdução

O racismo está firmemente arraigado na sociedade brasileira que vai além de incidentes isolados de preconceito para infundir os sistemas e estruturas que definem a vida cotidiana. Esta ideologia é uma forma de discriminação sistêmica baseada na raça que opera em vários níveis<sup>1</sup>. A interferência da raça no meio social, marcada por distinções mesmo que de forma inconsciente, implica em vivências desiguais que começam ainda na infância e persistem na adolescência, ocasionando um estresse crônico e piores condições de vida que repercutem na saúde e bem-estar.

Esta ligação entre desigualdade e saúde inclui as iniquidades socioeconômicas, o estigma social e as relações de poder e prestígio. Como resultado, existem desigualdades nas condições de vida da população negra que incluem falta de acesso ou acesso precário à alimentação adequada, moradia, transporte, renda, trabalho, escola, serviços de saúde. Estes fatores podem repercutir no acesso aos serviços odontológico por residir em locais onde não são acessíveis ou mesmo disponíveis, na aquisição de produtos ou serviços de higiene oral e na baixa disponibilidade de tempo para realizar práticas de autocuidado relacionadas com a saúde oral<sup>2</sup>. Além disso, a população negra pode receber tratamentos inadequados prestados pelos profissionais nos serviços de saúde devido ao racismo estrutural<sup>3</sup>.

Algumas patologias são indicativas de má higiene oral, de negligência aos tratamentos necessários e de desigualdade no acesso aos serviços. A cárie, por exemplo, continua sendo uma problemática global, afetando aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas no mundo. Uma das suas possíveis consequências na saúde bucal é a perda do dente acometido, no entanto, essa perda dentária também pode ser ocasionada por outras causas<sup>4</sup>.

Na odontologia, cabe analisar como esse cenário se apresenta e suas repercussões, uma vez que o atendimento odontológico a cada paciente é dinâmico e dependente da conduta do cirurgião-dentista. Assim, a tomada de decisões de qual procedimento realizar, de acordo com a raça de quem é atendido, é um fator de influência relevante no plano de tratamento<sup>5</sup>. Também, são necessários mais pesquisas que visem identificar a relação entre as alterações orais e como diferem as suas ocorrências em indivíduos que vivenciam situações de discriminação por causa da raça/cor, o que torna possível buscar meios de atuar de maneira efetiva para reduzir essa disparidade e alcançar pessoas na condição de marginalização.

Assim, torna-se evidente a necessidade frequente de atuações preventivas para melhoria na qualidade da saúde bucal dos indivíduos ainda na adolescência, sendo pertinente avaliar como a raça/cor interfere nesse contexto. Frente ao exposto, este estudo buscou identificar a associação entre a presença de discriminação racial e a situação de saúde bucal relacionada à cárie dentária.

## Método

Estudo epidemiológico, de corte transversal, realizado em uma Escola de Referência em Ensino Médio situada em Recife, Pernambuco. A escola possui em torno de 350 alunos e a amostra foi não-probabilística e de conveniência totalizou 209 adolescentes.

Incluíram-se estudantes devidamente matriculados na escola, na faixa etária de 15 a 19 anos, de ambos os sexos e que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quando maiores de 18 anos ou trazendo o TCLE assinado por seu responsável legal, e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para menores de 18 anos. Foram excluídos estudantes do turno noturno.

Os dados foram coletados em agosto de 2023. Os questionários foram aplicados com todos os alunos presentes no dia da coleta, que possuísem o TCLE e/ou TALE assinado, de forma coletiva e respondidos de maneira individual na sala correspondente à turma deles. Esta aplicação teve duração média de 15 minutos. Após preenchimento dos questionários os estudantes foram direcionados para sala reservada e de forma individual foi realizada a coleta dos dados antropométricos.

As covariáveis utilizadas foram características socioeconômicas como (masculino/feminino), idade (14-16 anos/17-19 anos), orientação sexual (heterossexual/lésbica/gay/ bissexual/outras), religião (católica/evangélica/espírita/matriz africana/nenhuma/outras), alguém na sua casa possui bolsa família? (sim/não), escolaridade máxima da mãe (analfabeta ou fundamental incompleto/fundamental completo/médio incompleto/médio completo ou superior incompleto/superior completo/não sei informar) e renda familiar foi coletada a partir do número de salários mínimos (SM) (1 SM/ Mais de 1 SM/não sei informar).

A variável raça/cor da pele foi analisada conforme o Censo Brasileiro do IBGE (participante) e pela *Massey-Martin Skin Color Scale* (pesquisador). A autoidentificação pelo participante se deu a partir da questão aberta: "Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?". As opções de resposta fechadas serão: preta, parda, branca, amarela, indígena<sup>6</sup>. Para fins de análise, as respostas foram categorizadas em população branca e negra (pardos e pretos), não foram consideradas as populações amarelas e indígenas pelo baixo percentual de respostas. O pesquisador utilizou a *Massey-Martin Skin Color Scale* (Escala de cores da pele) na qual 1 (mais clara) a 10 (mais escura), conforme Figura 1. Esta escala ficou no final do questionário e a cor da pele foi analisada no momento da aferição dos dados antropométricos. A *Massey-Martin Skin Color Scale*<sup>7</sup> foi categorizada segundo estudo de Louie e Wilkes<sup>8</sup>: 1 e 2, como tom de pele claro; 3 a 5, médio; e 6 a 10, escuro. Destas categorias, o tom claro foi classificado como branco, o médio e o escuro como negro, para análise de associação.

A variável explicativa discriminação racial foi avaliada por meio do instrumento *Experiences of Discrimination* (EOD)<sup>9</sup>. O EOD é um instrumento de autorrelato de 18 itens usado para medir experiências de discriminação com base na raça/cor na pesquisa em saúde populacional<sup>10</sup> e foi utilizado nesta pesquisa de forma modificada para melhor adaptação ao público adolescente. Contém nove itens com questões sobre discriminação de raça/cor nos seguintes cenários: frequentar escola, procurar emprego, trabalhar, procurar moradia, conseguir atendimento médico, estar em loja ou restaurante, conseguir crédito, estar na rua ou nos ambientes públicos, encontrar a polícia ou estar nos tribunais. As questões referentes a procurar emprego ou ocorrência da discriminação foram modificadas para quantas vezes alguém da família sofreu a discriminação ao procurar empregos ou no trabalho. Também, foram retiradas as perguntas sobre

quantas vezes a discriminação aconteceu ao comprar ou alugar uma casa; para pedir crédito ou empréstimo imobiliário; e sentimento de incômodo após sofrer discriminação.

A cárie dentária foi avaliada através do índice CPOD (Cárie, Perdido e Obturado)<sup>11</sup> analisado pela média e pelo componente cárie separadamente. Para o exame clínico foi utilizada espátula de madeira e luz artificial de lanterna led. Foram utilizados pelas duas examinadoras os equipamentos de proteção individual (EPI), como touca, máscara, luvas descartáveis e jaleco. O kappa intra-examinador foi 0,68.

Os dados foram digitados e tabulados no software estatístico SPSS. Dados categóricos foram apresentados em frequências absolutas e relativas. A análise foi conduzida por estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão, frequência absoluta e relativa) e inferencial (teste qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher).

Para o Modelo de Regressão Logística Múltipla Ajustada, o critério de entrada das variáveis foi determinado por meio das variáveis que obtiveram o  $p < 0,2$  na análise bivariada, contudo, na análise final o resultado significativo foi de acordo com o  $p \leq 0,05$ . Em todas as análises, o intervalo de confiança foi de 95% e o nível de significância utilizado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

Este estudo atendeu às diretrizes éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os procedimentos foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco (CAAE: 70324922.3.0000.5207).

## Resultados

Participaram 209 adolescentes que compuseram a amostra total sendo a maioria do sexo feminino (56,5%), com média de idade de 16,3 anos (DP  $\pm$  1,1), ser negra – preta e parda (66%). Também, 41,1% dos participantes recebiam bolsa família (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes. Recife, PE, Brasil.

Variáveis	n (%)
<b>Sexo</b>	<b>(n=209)</b>
Masculino	91 (43,5)
Feminino	118 (56,5)
<b>Idade</b>	<b>(n=209)</b>
14 a 16 anos	117 (56,0)
17 a 19 anos	91 (44,0)
<b>Raça/cor IBGE</b>	<b>(n=209)</b>
Preta	40 (19,1)
Parda	98 (46,9)
Branca	59 (28,2)
Amarela	6 (2,9)
Indígena	6 (2,9)
<b>Orientação sexual</b>	<b>(n=198)*</b>
Heterossexual	153 (73,2)
Lésbica	3 (1,4)

Gay	4 (1,9)
Bissexual	29 (13,9)
Outras	9 (4,3)
<b>Religião</b>	<b>(n=209)</b>
Católica	49 (23,4)
Evangélica	75 (35,9)
Espírita	3 (1,5)
Matriz africana	4 (1,9)
Nenhuma	69 (33,0)
Outras	9 (4,3)
<b>Bolsa família</b>	<b>(n=209)</b>
Sim	86 (41,1)
Não	123 (58,9)
<b>Escolaridade da mãe</b>	<b>n=208)*</b>
Analfabeta ou fundamental I incompleto	18 (8,6)
Fundamental completo	20 (9,6)
Médio incompleto	22 (10,5)
Médio completo ou superior incompleto	67 (32,1)
Superior completo	46 (22,0)
Não sei informar	35 (16,7)
<b>Renda familiar</b>	<b>(n=209)</b>
1 SM	40 (19,2)
Mais de 1 SM	106 (50,7)
Não sei informar	63 (30,1)

Nota: \*Amostra válida.

Sobre a saúde bucal, foi visto que 97,6% (n=204) dos adolescentes apresentaram dentes cariados e quase um quarto dos adolescentes já perdeu pelo menos um dente permanente. Quanto ao CPO-D, e a média geral foi de 3,7 (DP  $\pm$  3,3), sendo o componente cariado o mais prevalente com média de 1,9, seguido do componenete obturado e perdido (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição das informações sobre saúde bucal. Recife, PE, Brasil.

Variáveis	n (%)*
<b>Dentes cariados</b>	
Mínimo - Máximo	0-9
Média - Desvio padrão	1,9 $\pm$ 2,1
<b>Dentes perdidos</b>	
Mínimo - Máximo	0 - 4
Média - Desvio padrão	0,2 $\pm$ 0,6
<b>Dentes obturados</b>	
Mínimo - Máximo	0 - 12
Média - Desvio padrão	1,6 $\pm$ 2,4
<b>CPO-D</b>	
Mínimo - Máximo	0 - 13
Média - Desvio padrão	3,7 $\pm$ 3,3

Nota: \*Amostra válida/em falta: 208/1.

Cerca de dois terços dos adolescentes com cárie eram negros, tanto pela classificação do IBGE autodeclarada (75,2%) quanto pela escala de cores da pele (81,3%). A maioria dos participantes com cárie não recebia bolsa família (53,1%) e tinha renda acima de um salário mínimo (66,7%) (Tabela 3).

Observou-se que adolescentes com cárie apresentaram associação tanto para raça/cor IBGE ( $p=0,033$ ) quanto pela escala de cores da pele ( $p=0,012$ ). Adolescentes nas categorias mais favorecidas economicamente que não recebiam bolsa família ( $p=0,027$ ) e que tinham renda familiar de mais de um salário mínimo ( $p=0,043$ ) estiveram associados à cárie (Tabela 3).

**Tabela 3** - Análise bivariada sobre a ocorrência de cárie dentária e dados sociodemográficos dos participantes. Recife, PE, Brasil. (N=209)

Variáveis	Dente cariado		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
<b>Sexo*</b>			
Masculino	57 (43,8)	30 (40,5)	0,646 <sup>(1)</sup>
Feminino	73 (56,2)	44 (59,5)	
<b>Raça/cor IBGE**</b>			
Branca	30 (24,8)	28 (39,4)	0,033 <sup>(1)</sup>
Negra	91 (75,2)	43 (60,6)	
<b>Escala de cores da pele***</b>			
Branca	24 (18,8)	25 (34,7)	0,012 <sup>(1)</sup>
Negra	104 (81,2)	47 (65,3)	
<b>Estado conjugal*</b>			
Solteiro (a)	99 (76,1)	57 (77,0)	0,936 <sup>(2)</sup>
Namorando	30 (23,1)	16 (21,6)	
Separado (a)	1 (0,8)	1 (1,4)	
Viúvo (a)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Religião*</b>			
Católica	30 (23,1)	17 (23,0)	0,613 <sup>(2)</sup>
Evangélica	51 (39,3)	23 (31,0)	
Espírita	2 (1,5)	1 (1,4)	
Matriz africana	2 (1,5)	1 (1,4)	
Nenhuma	38 (29,2)	30 (40,5)	
Outras	7 (5,4)	2 (2,7)	
<b>Bolsa família*</b>			
Sim	61 (46,9)	23 (31,1)	0,027 <sup>(1)</sup>
Não	69 (53,1)	51 (68,9)	
<b>Renda familiar***</b>			
1 SM	29 (33,3)	10 (17,9)	0,043 <sup>(1)</sup>
Mais de 1 SM	58 (66,7)	46 (82,1)	

Nota: \*Amostra válida/em falta: 204/5; \*\*Amostra válida/em falta: 192/17; \*\*\*Amostra válida/em falta: 200/9\*\*\*Amostra válida/em falta: 143/66; <sup>(1)</sup>teste qui-quadrado de Pearson; <sup>(2)</sup>teste exato de Fisher.

No domínio de preocupação com a discriminação, 66,4% das pessoas que tinham cárie dentária se preocupavam alguma parte e/ou todo o tempo com as pessoas do próprio grupo racial receberem tratamento diferenciado pela raça/cor e 59,7% consigo mesmas, 58,9% se preocuparam com tratamento injusto com as pessoas do próprio grupo racial no último ano. Houve associação

significativa apenas para a variável de discriminação efetuada pela polícia ( $p=0,029$ ).

**Tabela 4** - Análise bivariada entre ocorrência de cárie dentária e escala *Experiences of Discrimination*. Recife, PE, Brasil. (N=209)

Variáveis	Dente cariado		p-valor <sup>(1)</sup>	Amostra válida/em falta
	Sim n (%)	Não n (%)		
<b>Experiência de discriminação</b>				
<b>Sofreu</b>				
Nunca	93 (72,7)	55 (74,3)	0,796	202/7
Sim	35 (27,3)	19 (25,7)		
<b>Familiar ao procurar emprego</b>				
Nunca	94 (72,9)	54 (73,0)	0,987	203/6
Sim	35 (27,1)	20 (27,0)		
<b>Familiar no trabalho</b>				
Nunca	76 (59,4)	50 (68,5)	0,199	201/8
Sim	52 (40,6)	23 (31,5)		
<b>Ao procurar cuidados médicos</b>				
Nunca	117 (91,4)	69 (94,5)	0,419	201/8
Sim	11 (8,6)	4 (5,5)		
<b>Ao solicitar serviço em loja, restaurante ou lanchonete</b>				
Nunca	97 (75,8)	54 (75,0)	0,902	200/9
Sim	31 (24,2)	18 (25,0)		
<b>Na rua ou em estabelecimento público</b>				
Nunca	94 (73,4)	52 (73,2)	0,976	199/10
Sim	34 (26,6)	19 (26,8)		
<b>Pela polícia</b>				
Nunca	102 (79,7)	65 (91,5)	0,029	199/11
Sim	26 (20,3)	6 (8,5)		
<b>Pessoas NÃO brancas</b>				
Nunca	31 (24,0)	21 (29,2)	0,425	201/8
Sim	98 (76,0)	51 (70,8)		
<b>Frequência de discriminação sofrida</b>				
Nunca	91 (70,5)	52 (73,2)	0,686	200/9
Sim	38 (29,5)	19 (26,8)		
<b>Preocupações com a discriminação</b>				
<b>Com as pessoas do seu grupo racial</b>				
Raramente ou nunca	43 (33,6)	25 (35,7)	0,764	198/11
Alguma parte/todo o tempo	85 (66,4)	45 (64,3)		
<b>Consigo mesma</b>				
Raramente ou nunca	52 (40,3)	28 (39,4)	0,904	200/9
Alguma parte/todo o tempo	77 (59,7)	43 (60,6)		
<b>Preocupação no último ano com o próprio grupo racial</b>				
Raramente ou nunca	53 (41,1)	31 (43,7)	0,724	200/9
Alguma parte/todo o tempo	76 (58,9)	40 (56,3)		
<b>Preocupação no último ano consigo mesma</b>				
Raramente ou nunca	74 (57,4)	40 (56,3)	0,888	200/9
Alguma parte/todo o tempo	55 (42,6)	31 (43,7)		

Nota: <sup>(1)</sup>teste qui-quadrado de Pearson.

No modelo de regressão logística múltipla para cárie dentária, foram incluídas as variáveis com  $p<0,2$  nas análises bivariadas (bolsa família, raça/cor,

escala de escuridão, renda, discriminação no local de trabalho e pela polícia). No entanto, apenas a cor e a discriminação pela polícia permaneceram com significância no modelo final, permitindo inferir que os adolescentes negros e aqueles que já sofreram discriminação pela polícia apresentam 2,11 (IC=1,08-4,15;  $p=0,030$ ) e 2,90 (IC=1,05-8,05;  $p=0,040$ ), respectivamente, mais probabilidade de desenvolver cárie dentária (Tabela 5).

**Tabela 5** – Variáveis associadas à cárie dentária por meio de regressão logística ajustada. Recife, PE, Brasil. (N=209)

Variáveis	OR	IC	p-valor*
<b>Escala de cores da pele</b>			
Branca	1,00	-	-
Negra	2,11	1,08 - 4,15	0,030
<b>Discriminação pela polícia</b>			
Nunca	1,00	-	-
Sim	2,90	1,05 - 8,05	0,040

Nota: R<sup>2</sup> ajustado:0,046; OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança; \* Significância do teste.

## Discussão

Neste estudo, identificou-se uma associação entre a discriminação racial e a cárie quando o racismo foi avaliado de forma indireta, utilizando variáveis como a raça/cor do IBGE;  $p=0,033$ , e a escala de cores da pele;  $p=0,012$ , embora essa associação não tenha sido diretamente observada em análises explícitas.

A avaliação direta, por meio do relato de experiências de discriminação, tende a subestimar a frequência real devido à naturalização do racismo no Brasil. Deste modo, os indivíduos negros, por estarem inseridos no mesmo contexto que deu origem ao racismo estrutural, podem desenvolver preconceitos e estereótipos contra si mesmos, fenômeno conhecido como racismo internalizado<sup>12</sup>. Esse processo pode levar a uma falta de percepção das situações discriminatórias, impedindo o reconhecimento imediato dos impactos do racismo na sua própria vida. Apesar desta ideologia persistir nos dias atuais, evidenciado pelas desigualdades cotidianas, dificuldades no acesso à educação, saúde, moradia, além da representação social e cultural<sup>13</sup>.

Apesar da naturalização existir, ao inferir a relação entre vivência de discriminação e presença de dente com cárie, constatou-se que 27,3% dos participantes com cárie já sofreram experiência de discriminação racial. Adicionalmente, 27,1% indicaram que um membro de suas famílias foi alvo de discriminação ao buscar emprego, enquanto no ambiente de trabalho esse percentual atingiu 40,6%, e 76% acreditam que pessoas não brancas foram discriminadas pelo menos uma vez. Tais informações indicam que uma parcela significativa da amostra deste estudo já vivenciou, ou possui familiares que vivenciaram, situações de discriminação, demonstrando uma conscientização acerca da existência do racismo estrutural no país.

A vivência de discriminação cotidiana tem impactos negativos significativos no acesso a serviços e bens de saúde, associando-se a problemas como transtornos de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, além do aumento do consumo de álcool e tabaco<sup>14</sup>. Conseqüentemente, ser vítima de tratamento diferenciado em situações do dia a dia desencoraja grupos racializados de buscar assistência médica, devido ao receio de enfrentar



discriminação também nesse ambiente, inclusive, 8,6% dos participantes com cárie referiram ter sofrido tratamento diferenciado ao procurar cuidados médicos.

Já que os adolescentes negros apresentaram duas vezes mais chances de terem cárie dentária. Nessa perspectiva, um estudo de coorte retrospectivo<sup>15</sup> com adolescentes de 11 a 18 anos, mostrou que apenas os participantes negros apresentaram maior risco de cárie em comparação com adolescentes brancos. Esse estudo reforça a ideia de que a raça é uma construção social permeada por diferenças socioeconômicas, educacionais e geográficas, ao invés de apenas diferenças biológicas, que afeta diretamente a saúde do indivíduo racializado.

Outro aspecto importante a ser discutido sobre as maiores chances de estudantes negros apresentarem dente com cárie neste estudo, é que pode haver uma relação entre medo de sofrer discriminação e a falta de tratamento para a afecção em serviços de saúde. Este cenário levanta preocupações quanto à alta prevalência de cáries entre adolescentes negros, destacando a possibilidade de que o tratamento necessário possa não ocorrer devido ao racismo institucional.

Singhal e Jackson<sup>16</sup> exploraram essa dinâmica, evidenciando que pacientes sujeitos a discriminação racial em ambientes de saúde têm menor probabilidade de retornar ao dentista, resultando em condições bucais deterioradas, incluindo maior perda de dentes permanentes. Além disso, a percepção negativa dos profissionais de saúde sobre pessoas negras, associando-as a um nível socioeconômico inferior, influencia as decisões de tratamento, muitas vezes resultando na recomendação de procedimentos mais baratos e rápidos, em detrimento de alternativas mais apropriadas<sup>16</sup>.

Ainda sobre a análise comparativa entre adolescentes com cáries, foi observada uma associação entre essa condição e a preocupação em relação à discriminação. Os resultados indicaram que 58,9% dos adolescentes demonstraram preocupação com um tratamento injusto em relação às pessoas de seu próprio grupo racial durante o último ano. Salienta-se que, o racismo, devido ao estresse crônico que provoca, acarreta consequências danosas<sup>16</sup> tanto para o indivíduo diretamente afetado pelo tratamento diferenciado quanto para aqueles preocupados com a possibilidade de ocorrência de tal tratamento com outros membros de seu grupo racial. Isso ressalta a importância de avaliar a exposição ao racismo em suas diversas manifestações, uma vez que a discriminação não é uma experiência meramente individual, mas sim coletiva<sup>18</sup>.

Em relação ao CPO-D, o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados por adolescentes em determinado local e período, foram obtidas as seguintes médias: dentes cariados foi 1,9 (DP  $\pm$  2,1), perdidos 0,2 (DP  $\pm$  0,6), obturados 1,6 (DP  $\pm$  2,4), e do índice geral foi de 3,7 (DP  $\pm$  3,3). O que indica uma qualidade não tão positiva, visto que um CPO-D mais positivo, é um mais próximo de zero.

A cárie dentária é uma doença que persiste no Brasil há muitos anos e, apesar de algumas flutuações em seus índices ao longo do tempo, ainda mantém uma forte relação com a posição social. Indivíduos pobres, com menor inserção no mercado de trabalho e escolaridade baixa manifestam características estruturais marcantes na saúde bucal, evidenciando a persistência de disparidades socioeconômicas<sup>19</sup>. Essa relação frequentemente resulta em uma polarização dos casos, onde um polo da população apresenta ausência da doença, enquanto no outro polo observa-se uma concentração significativa de casos em

um grupo restrito de pessoas. A polarização apresentada na ocorrência de cárie dentária pode estar diretamente relacionada à situação financeira dos indivíduos.

Entretanto, neste estudo, notou-se que as categorias economicamente mais favorecidas que não recebiam bolsa família ( $p=0,027$ ) e que tinham renda familiar de mais de um salário mínimo ( $p=0,043$ ), apresentaram associação significativa com a presença de cárie dentária. Esta associação entre status social e cárie foi um resultado inesperado, pois, embora a amostra de adolescentes seja composta por indivíduos desfavorecidos socioeconomicamente, oriundos de escolas públicas, a maior parte dos participantes que tiveram cárie estava enquadrada na categoria de melhor condição socioeconômica. Uma possível hipótese explicativa para essa associação é que uma melhor situação financeira pode proporcionar maior acesso a alimentos supérfluos, tais como biscoitos recheados, refrigerantes e iogurtes, todos eles reconhecidos como alimentos cariogênicos. Por outro lado, as famílias que recebem menos de um salário mínimo provavelmente destinaram os recursos financeiros para alimentos mais substanciais como feijão, arroz, proteínas, que são menos cariogênicos.

## Conclusão

Os achados desse estudo permitem concluir que houve associação entre discriminação racial e cárie dentária, considerando a análise indireta a partir do quesito raça/cor conforme o IBGE e escala de cores da pele. No entanto, a experiência de discriminação racial não foi associada a ocorrência de cárie dentária. Portanto, mais estudos devem continuar investigando por meio de outras formas de análise ou outros instrumentos de avaliação da discriminação racial a referida associação.

Os profissionais de saúde, incluindo cirurgiões-dentistas, necessitam ter uma educação continuada sobre as discriminações raciais implícitas e explícitas que ainda permeiam a sociedade, incluindo os serviços de saúde e rotina clínica, estando dispostos a reduzir essas disparidades em saúde. Destaca-se também a necessidade de existir equidade no acesso a procedimentos odontológicos preventivos e direcionados para tratamento da cárie dentária.

## Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

## Referências

1. Almeida, S. Racismo estrutural. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.
2. Fleming E, Bastos JL, Jamieson L, Celeste RK, Raskin SE, Gomaa N, McGrath C, Tiwari T. Conceptualizing inequities and oppression in oral health research. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2023;51(1):28-35. doi: 10.1111/cdoe.12822
3. Jamieson LM. Racism and oral health inequities; an introduction. *Community Dent Health.* 2021;38(2):131. doi: 10.1922/CDH\_IADRJamiesonIntro01
4. Stona P, Kramer PF, Vargas-Ferreira F, Amorim LM, Coelho RB, Feldens CA. Socioeconomic and intraoral polarization of untreated caries and tooth loss among male

- adolescents. *Brazilian Oral Research*. 2021;35. doi: 10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0031
5. Plessas A. To what extent do patients' racial characteristics affect our clinical decisions? *Evid Based Dent*. 2019;20(4):101-102. doi: 10.1038/s41432-019-0062-1
6. Maio MC, Monteiro S, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autotranscrição no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(1):171-80. doi: 10.1590/S0102-311X2005000100019
7. Manns-James L, Anthony MK, Neal-Barnett A. Discriminação racial, identidade racial e obesidade em mulheres afro-americanas colegiadas. *J Disparidades Raciais em Saúde*. 2021; 8(5):1217-1231. doi: 10.1007/s40615-020-00880-x.
8. Louie P, Wilkes R. Representations of race and skin tone in medical textbook imagery. *Soc Sci Med*. 2018;202:38-42. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.02.023
9. Fattore GL, Teles CA, Santos DN dos, Santos LM, Reichenheim ME, Barreto ML. Validade de constructo da escala Experiences of Discrimination em uma população brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(4). doi: 10.1590/0102-311X00102415
10. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc. Sci. Med*. 2005;61(7):1576-1596. doi: 10.1590/S0102-311X2005000100019
11. Organização Mundial da Saúde - OMS. Manual de Levantamento Epidemiológico da Saúde Bucal. Genebra, 1991.
12. Araújo EM, Silva Xavier KA, Souza LB, Vichi C. Racismo internalizado: Uma perspectiva analítico-comportamental. *Perspect. Anál. Comport*. 2022;13(1):342-353. doi:10.18761/DH000166.set21
13. Seerig, LM, Nascimento GG, Peres MA, Horta BL, Demarco FF. Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2015;43(9): 1051-1059. doi: 10.1016/j.jdent.2015.07.004
14. Massignam FM, Bastos JLD, Nedel FB. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiol Serv Saude*. 2015; 24(3):544-541. doi: 10.5123/S1679-49742015000300001
15. Choi SE, White J, Mertz E, Normand SL. Analysis of Race and Ethnicity, Socioeconomic Factors, and Tooth Decay Among US Children. *JAMA Network Open*. 2023;6(6). doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.18425
16. Singhal, A, Jackson, JW. Perceived racial discrimination partially mediates racial-ethnic disparities in dental utilization and oral health. *Journal of public health dentistry*. 2022;82:63-72. doi: 10.1111/jphd.12515
17. Williams DR. Stress and the mental health of populations of color: Advancing our understanding of race-related stressors. *J Health Soc Behav*. 2018;59(4):466-485. doi:10.1177/0022146518814251
18. Krieger N. Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *Int. J. Health Serv*. 1999;29(2):295-352.
19. Moreira TP, Nations MK, Alves MCFC. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade de Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(6):1383-92. doi:10.1590/S0102-311X2007000600013

**Autor de Correspondência**

Iraneide Nascimento dos Santos  
Endereço: Avenida Armino Moura, 581, quadra F,  
bloco 1.CEP: 51130-180- Boa Viagem, Recife,  
Pernambuco, Brasil.  
[iraneide.nascimento@upe.br](mailto:iraneide.nascimento@upe.br)