

Associação entre iniquidades raciais e condição de saúde bucal: revisão sistemática

Association between racial inequities and oral health status: a systematic review

Laila Araújo de Oliveira dos Reis (<https://orcid.org/0009-0008-5970-5538>)¹
Samilly Silva Miranda (<https://orcid.org/0000-0002-1488-1246>)²
Bruna Rebouças da Fonseca (<https://orcid.org/0000-0003-4117-4114>)¹
Marcos Pereira (<https://orcid.org/0000-0003-3766-2502>)²
Marcio dos Santos Natividade (<https://orcid.org/0000-0002-3986-5656>)²
Erika Aragão (<https://orcid.org/0000-0002-4903-0556>)²
Tiago Prates Lara (<https://orcid.org/0000-0002-3910-200X>)²
Joilda Silva Nery (<https://orcid.org/0000-0002-1576-6418>)²

Abstract *The present study aimed to investigate the association between racial inequities and oral health status. This is a systematic review with a protocol registered on the Prospero Platform (CRD42021228417), with searches carried out in electronic databases and in gray literature. Our study identified 3,028 publications. After applying the eligibility criteria and risk of bias analysis, 18 studies were selected. The results indicate that individuals of black/brown race/skin color have unfavorable oral health conditions, mainly represented by self-rated oral health, tooth loss, caries, and periodontitis. The results showed racial inequities in oral health in different countries, for all analyzed indicators, with a greater vulnerability of the black population.*

Key words *Oral health, Health status disparities, Racial groups, Ethnic health*

Resumo *O objetivo deste estudo é investigar a associação entre iniquidades raciais e condição de saúde bucal. Trata-se de revisão sistemática com protocolo cadastrado na plataforma prospero (CRD42021228417), com buscas realizadas em bases de dados eletrônicas e na literatura cinzenta. Identificou-se 3.028 publicações e após aplicação dos critérios de elegibilidade e análise do risco de vieses, 18 estudos foram selecionados. Os resultados indicam que indivíduos de raça/cor da pele preta/parda apresentam condições de saúde bucal desfavorável, representada principalmente pela autoavaliação de saúde bucal, perda dentária, cárie e periodontite. Os resultados evidenciaram iniquidades raciais em saúde bucal em diferentes países, para todos os indicadores analisados, com maior vulnerabilidade da população negra.*

Palavras-chave *Saúde bucal, Desigualdade racial em saúde, Grupos raciais, Raça e saúde*

¹ Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal da
Bahia (UFBA). R. Augusto
Viana s/n, Palácio da
Reitoria, Canela. 40110-909
Salvador BA Brasil.
laila.sier@gmail.com

² Instituto de Saúde Coletiva,
UFBA. Salvador BA Brasil.

Introdução

A relação entre as iniquidades raciais e a condição de saúde bucal pode ser explicada pela desvantagem econômica e social, as dificuldades de acesso e de assistência adequada à saúde e as atitudes de discriminação para com a população negra¹. Ao reconhecer o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, em países de baixa e média renda podem ocorrer ações com vistas à promoção da equidade em saúde da população negra^{2,3}. O racismo é uma ideologia onde um grupo exerce poder hierárquico sobre o outro, baseado na concepção autorreferida de superioridade^{4,5}. As desigualdades em saúde são influenciadas pelo racismo por três vias: a primeira é o racismo cultural que incorpora estereótipos e a naturalização de práticas discriminatórias; a segunda é o racismo institucional que limita o acesso desse grupo racial aos benefícios que lhe são cabíveis por direito, além de ignorar a discriminação racial como determinante de iniquidades de saúde, pois não há investimentos que promovam estratégias para identificação de práticas discriminatórias e promoção da equidade; a terceira via é o racismo individual que promove a violência física e mental por instituições e indivíduos⁵⁻⁸. Neste contexto, deve-se considerar que a exposição ao racismo estrutural e interpessoal contribuem na “incorporação” biológica das exposições decorrentes desse contexto ecológico e social em que vivem, favorecendo as iniquidades raciais em saúde^{9,10}.

As iniquidades, por sua vez, são caracterizadas pela injustiça que alguns grupos sofrem ao não se beneficiarem de ações ou políticas públicas destinadas a toda população, e por essas diferenças não serem evitadas ou reparadas pelo poder público⁵. As iniquidades raciais proporcionadas pelo racismo institucional colocam as pessoas pretas 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^{7,9}.

Avaliar a condição de saúde bucal considerando o condicionante de raça/cor da pele também pode expressar a existência de iniquidades raciais¹. A periodontite, doença que acomete os tecidos de suporte e proteção dos dentes, além de favorecer a perda dentária, desencadeia eventos pró-inflamatórios, que se manifestam de várias maneiras nas doenças e distúrbios sistêmicos¹¹.

A cárie dentária tende a gerar dor e aumenta a probabilidade de perda dentária¹². A autopercepção da saúde bucal, por sua vez, pode refletir a maneira como o indivíduo percebe sua saúde sendo, portanto, influenciada pelas crenças, pelo perfil sociodemográfico e por diversas situações e agravos bucais, como dor, perda dentária, dificuldade mastigatória, necessidades estéticas, dentre outras¹³.

Como a situação epidemiológica da saúde bucal de populações de países de baixa e média renda ainda é grave³, o reconhecimento das iniquidades em saúde bucal deve ser considerado tema de pesquisa prioritário para reforçar a necessidade de desenvolvimento de intervenções com vista a melhoria da saúde bucal de populações. Por outro lado, são incipientes estudos de revisão sistemática sobre iniquidades raciais em saúde bucal. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo é analisar a associação entre iniquidades raciais e condição de saúde bucal.

Método

Registro e Protocolo

Trata-se de estudo de revisão sistemática realizada segundo as normas do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews*)¹⁴. O protocolo do estudo foi registrado no PROSPERO sob o número CRD42021228417.

Critérios de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade foram baseados população, exposição, desfecho e tipo de estudo), no qual se distribuiu da seguinte forma:

- População: pessoas com idade ≥ 18 anos (por possuírem maior autonomia para decisão em participar do estudo);
- Exposição: raça/cor da pele negra e parda (grupo, que historicamente, está exposto ao racismo);
- Desfecho: condição de saúde bucal (pacientes que apresentam periodontite, cárie, perda dentária e necessidade de prótese).
- Desenho de estudo: desenhos de estudos epidemiológicos observacionais (ecológico, transversais, caso-controle, coorte).

Foram incluídos estudos publicados em qualquer período, em português, espanhol ou inglês. Estudo cuja população foi composta por crianças ou adolescentes, que não apresentava o recorte racial, e estudos experimentais foram excluídos.

Não foi considerado como critério de inclusão ter grupo de comparação, para não excluir os estudos que analisaram apenas grupos de raça cor da pele preta/parda.

Fontes de informação

As buscas de estudos foram realizadas até o dia 14 de outubro de 2022, nas bases de dados eletrônicas: Medline/PubMed, Scopus, *Web of Science*, SciELO, Lilacs, *Science Direct* e Embase. Além disso, foi realizada busca das referências dos artigos incluídos, resumos de congressos e bancos de dados contendo literatura cinzenta (ProQuest), Google Scholar e em catálogos de teses e dissertações.

Estratégias de busca

Os descritores foram definidos considerando cada base de dados, sendo para o Medline, Scopus, *Web of Science* e *Science Direct*, o MeSH (*Medical Subject Headings*); para a SciELO, Lilacs, ProQuest, Google Scholar e catálogo de teses e dissertações, o DECS (Descritores em Ciências da Saúde) e para a Embase, o Emtree (*Embase subject headings*). Quando da obtenção dos descritores que representam os critérios de elegibilidade, estes foram combinados com os operadores booleanos, OR e AND, de modo que se definiu a estratégia final de busca em cada base de dados supracitada (Quadro 1). As estratégias de busca levaram em consideração as orientações do *Peer Review Electronic Search Strategy* (PRESS)¹⁵.

Seleção dos Estudos

Os resultados da busca foram exportados para o programa *Rayyan Systems Inc.* - Rayyan (<https://www.rayyan.ai>)¹⁶. Através desse aplicativo, realizou-se a checagem dos artigos duplicados e a seleção deles por título e resumo por dois pesquisadores, de maneira independente. Caso o resumo não estivesse disponível e, neste caso, se o título fosse sugestivo de inclusão, o artigo permanecia na base e passava para a etapa seguinte de avaliação da elegibilidade pela leitura do texto completo. Nesta etapa de triagem, havendo discordância sobre o julgamento da elegibilidade entre dois revisores, a decisão de inclusão ou exclusão dos artigos foi feita pelo terceiro pesquisador.

Posteriormente, todos os artigos que foram triados na fase anterior tiveram sua elegibilidade confirmada pela leitura do texto na íntegra, tam-

bém de forma independente por dois revisores. Quando houve discordância, estas foram resolvidas ou por consenso ou pelo terceiro revisor, que era uma pessoa com vasta experiência na área. Ao final do processo, foram obtidos o total de estudos de fato elegíveis para compor a revisão sistemática.

Extração de Dados

Os dados dos artigos incluídos foram extraídos por três pesquisadores independentes e posteriormente confrontados. Todas as informações foram organizadas em uma planilha no programa Excel, com suas informações mais relevantes:

- Características do estudo: autores, ano, localização, tipo de estudo;
- Características do participante: número de participantes incluídos;
- Características de Exposição: número de indivíduos raça/cor da pele negra ou parda e características desses grupos;
- Variável desfecho: condição de saúde bucal avaliada (dentes cariados, perdidos e obturados, periodontite ou necessidade de prótese dentária); e instrumento para o diagnóstico da condição de saúde bucal;
- Principais resultados dos estudos.

Avaliação de qualidade dos estudos incluídos

Todos os estudos que preencherem os critérios de elegibilidade tiveram sua qualidade metodológica avaliada por dois examinadores de forma independente e, posteriormente, comparada. Foi utilizada a escala Newcastle-Ottawa para avaliação da qualidade dos estudos de observacionais transversais e coorte¹⁷. Esta ferramenta avalia sete itens (adaptado para estudos transversais) e oito itens (para estudos coorte), divididos em três grupos: seleção dos grupos de estudo; comparabilidade dos grupos; verificação da exposição ou do desfecho de interesse. Cada item correspondia a uma pontuação em estrela específica já determinada pela escala. Os estudos avaliados por esta escala poderiam receber no máximo 9 estrelas no total, sendo que quanto mais estrelas menor o risco de viés¹⁷.

Análise de dados

Foi realizada a descrição dos aspectos relevantes para análise dos estudos selecionados para a revisão sistemática, a partir da confecção de

Quadro 1. Estratégias de busca, por bases de dados.

PubMed (424 artigos)	((“adult”[MeSH Terms] OR “adult”[All Fields] OR “adults”[All Fields] OR “adult s”[All Fields] OR (“young adult”[MeSH Terms] OR (“young”[All Fields] AND “adult”[All Fields]) OR “young adult”[All Fields])) AND (“humans”[MeSH Terms] AND “medline”[Filter]) AND ((“racism”[MeSH Terms] OR “racism”[All Fields] OR “racism s”[All Fields] OR “racisms”[All Fields] OR (“race relations”[MeSH Terms] OR (“race”[All Fields] AND “relations”[All Fields]) OR “race relations”[All Fields]) OR (“vulnerable populations”[MeSH Terms] OR (“vulnerable”[All Fields] AND “populations”[All Fields]) OR “vulnerable populations”[All Fields])) AND (“humans”[MeSH Terms] AND “medline”[Filter])) AND ((“tooth loss”[MeSH Terms] OR (“tooth”[All Fields] AND “loss”[All Fields]) OR “tooth loss”[All Fields] OR (“dental caries”[MeSH Terms] OR (“dental”[All Fields] AND “caries”[All Fields]) OR “dental caries”[All Fields]) OR (“periodontal”[All Fields] OR “periodontally”[All Fields] OR “periodontically”[All Fields] OR “periodontics”[MeSH Terms] OR “periodontics”[All Fields] OR “periodontic”[All Fields] OR “periodontitis”[MeSH Terms] OR “periodontitis”[All Fields] OR “periodontitides”[All Fields]) OR (“oral health”[MeSH Terms] OR (“oral”[All Fields] AND “health”[All Fields]) OR “oral health”[All Fields])) AND (“humans”[MeSH Terms] AND “medline”[Filter])) AND ((humans[Filter]) AND (medline[Filter]))
Lilacs (16 artigos)	Adult [Words] and African Continental Ancestry Group [Words] and Periodontal Diseases or Tooth Loss or Dental Caries [Words]
SciELO (67 artigos)	((raça) OR (racismo) OR (preconceito) OR (quilombolas)) AND (saude oral)
Embase (278 artigos)	(adult:ab,ti OR ‘young adult’:ab,ti OR ‘race difference’:ab,ti OR ethnic:ab,ti OR ‘racial aspects’ OR (racial AND aspects)) AND (‘oral health care’/exp OR ‘oral health care’)
Scopus (584 artigos)	(TITLE-ABS-KEY (adults) AND TITLE-ABS-KEY (racism) OR TITLE-ABS-KEY (race AND relations) OR TITLE-ABS-KEY (vulnerable AND populations) AND TITLE-ABS-KEY (tooth AND loss) OR TITLE-ABS-KEY (dental AND caries) OR TITLE-ABS-KEY (periodontitis) OR TITLE-ABS-KEY (oral AND health))
Web of Science (773 artigos)	#1 TÓPICO: (racism) OR TÓPICO: (race relations) OR TÓPICO: (Vulnerable Populations) Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos #2 TÓPICO: (Tooth Loss) OR TÓPICO: (Dental Caries) OR TÓPICO: (Periodontitis) OR TÓPICO: (Oral Health) Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos #1 AND #2
Science Direct (839 artigos)	adult AND Race AND Health Status Disparities AND Oral Health

Fonte: Autores.

quadro resumo. A avaliação do risco de vieses foi organizada em formato de tabela. Como todos os avaliadores avaliaram de forma independente todos os títulos e resumos e todos fizeram a leitura da íntegra, não foi necessária a obtenção do índice de concordância kappa para avaliar a concordância entre avaliadores.

eleitos para leitura na íntegra e 2.322 registros foram excluídos por leitura do título por não se enquadrar nos critérios de elegibilidade (Figura 1). Após leitura na íntegra e confronto entre os revisores, houve a inclusão de 18 artigos científicos nesta revisão sistemática.

Caracterização e resultados dos estudos

Resultados

Estudos selecionados na revisão sistemática

O processo de busca resultou na identificação de 3.028 publicações. Na triagem os duplicados foram removidos (n=631) resultando na quantidade de 2.397 artigos científicos, destes 75 foram

Os estudos incluídos foram conduzidos no Brasil, Estados Unidos e na Austrália. Dos dezessete artigos selecionados, quinze são estudos transversais, dois de coorte e um ecológico. Os estudos foram publicados entre os anos de 2004 e 2021 (Quadro 2).

Dos onze artigos realizados no Brasil, seis avaliaram comunidades quilombolas. Os principais

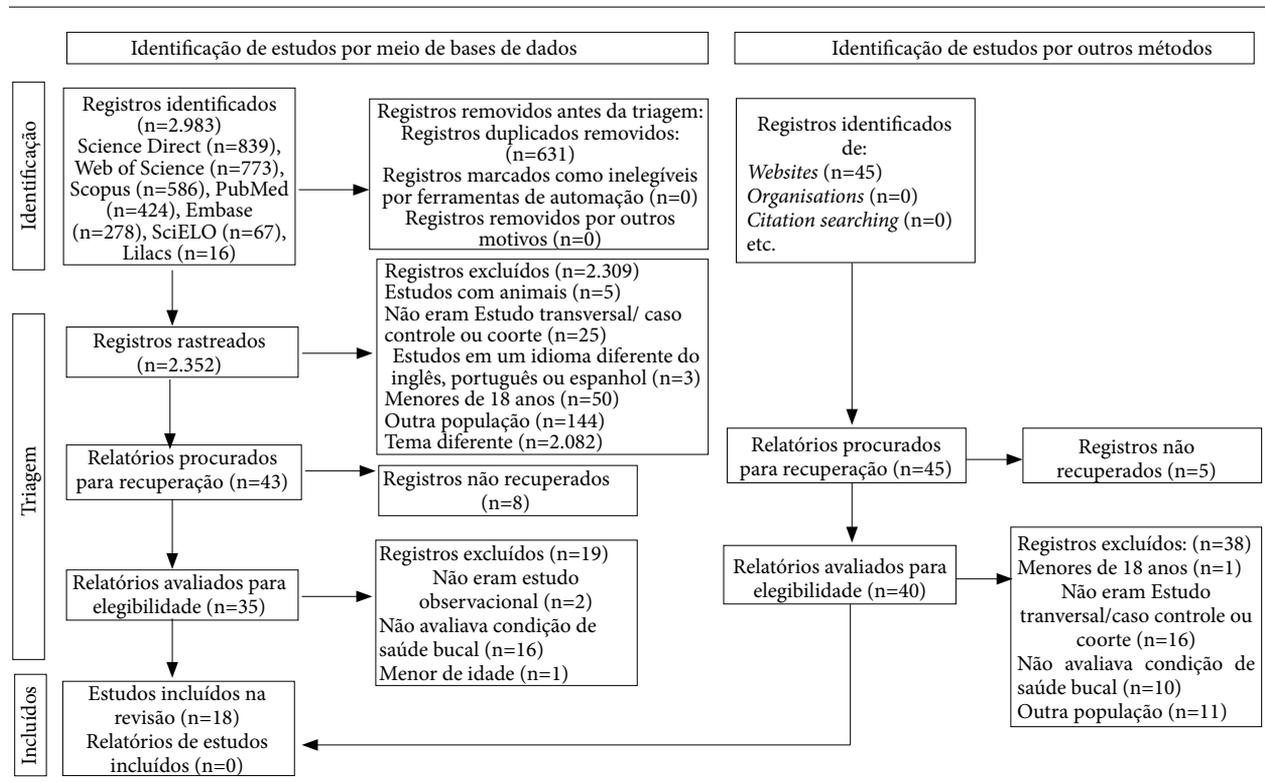


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos para a revisão sistemática, segundo orientação PRISMA.

Fonte: Autores.

desfechos analisados foram: condição de saúde bucal^{18,19}, perda dentária²⁰, autopercepção de saúde bucal negativa¹³, doença periodontal²¹ e acesso aos serviços odontológicos²². No geral, os quilombolas apresentaram acesso restrito a atenção odontológica e condição de saúde bucal precária.

Ainda no Brasil, outros trabalhos tiveram como desfecho índice CPOD (número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) perda dental, edentulismo anterior, dor de origem dentária e necessidade de prótese¹; perda dentária²³; periodontite²⁴; câncer oral²⁵; e autoavaliação em saúde bucal²⁶. Apenas um estudo não associou pior condição bucal a raça e sim a renda²⁴; um estudo brasileiro mostrou que pessoas pretas morrem mais de câncer oral do que as pessoas brancas²⁵.

Seis estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos²⁷⁻³². A população estudada foi composta por indivíduos adultos, sendo o desfecho mais frequente a perda dentária^{28-30,33}. Todas as pesquisas associaram pior condição bucal nos indivíduos expostos que no grupo controle, além de associar pior condição de saúde bucal à discriminação

racial²⁹. Por fim, o artigo australiano ao avaliar a discriminação racial indica a provável associação com comprometimentos na saúde bucal⁴.

Os resultados registram iniquidades étnico-raciais em todos os indicadores analisados. A população negra possuía menor acesso aos serviços odontológicos^{22,27}. Precárias condições de saúde bucal, alto índice de edentulismo¹⁸ ou perda dentária^{1,32}, maior chance de perda dentária quando comparado aos brancos^{23,28}, e maior taxa de mortalidade por câncer oral²⁵.

Risco de viés

Quanto ao risco de viés nos estudos incluídos, observou-se alta qualidade metodológica na maioria dos artigos. A média de escore na escala foi de 7,4 nos estudos transversais, os estudos variaram entre 6 e 9 estrelas e nos estudos de coorte essa média foi de 7,5 com variações de escore entre 7 e 8. Os aspectos que pontuaram negativamente referiram-se a limitações relacionadas a amostra, ausência de ajustes para variáveis confundidoras e de descrição da análise estatística.

Quadro 2. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Autores/ Ano	Local	Desenho	População	Variável exposição	Variável desfecho	Instrumento de avaliação	Principais achados
Fisher <i>et al.</i> , 2004 ²⁷	Estados Unidos	Estudo coorte	873 indivíduos não institucionalizados	Acesso a serviço odontológico/ idade/gênero/raça/renda/número de dentes	Desvantagem oral: doença gengival, dente sensível (quente e/ou frio) ou doença dentária.	Entrevista e aplicação de questionário estruturado.	Branco eram mais propensos a buscar serviços odontológicos do que os negros. Entre os pacientes com periodontite grave, os brancos tiveram mais êxito nos tratamentos.
Chavers <i>et al.</i> , 2007 ³¹	Estados Unidos	Estudo coorte	873 pessoas	Cuidados odontológicos, fatores demográficos e fatores socioeconômicos	Desvantagem oral	Os dados foram extraídos de uma de um estudo longitudinal prospectivo sobre saúde bucal e atendimento odontológico.	Existem diferenças significativas na incidência de desvantagem oral com base na abordagem do atendimento odontológico, raça, sexo, área de residência, nível de educação formal e situação financeira.
Jimenez <i>et al.</i> , 2009 ³²	Estados Unidos	Estudo transversal	16.821 pessoas	Raça/educação/ índice de renda de pobreza/ocupação, convênio odontológico/ utilização de assistência odontológica/ convênio médico/gênero/região de residência/ procedência estrangeira.	Perda dentária	<i>National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III)</i> - Exame clínico e entrevistas.	A associação entre o número de dentes perdidos e fatores socioeconômicos foi atenuada entre negros e mexicanos-americanos em comparação com os brancos nesta população de estudo.
Guiotoku <i>et al.</i> , 2012 ¹	Brasil	Etapa 1: estudo transversal Etapa 2: estudo ecológico	12.811 adultos de ambos os sexos, na faixa etária de 35 a 44 anos. Em um segundo momento na tentativa de contextualizar as iniquidades passou-se a trabalhar com um grupo de 6918 negros e pardos	Etapa 1: Renda familiar média (em dólares americanos) e escolaridade (em anos de estudo), acesso ao dentista e raça/cor da pele. Etapa 2: renda média familiar, índice de desenvolvimento humano (IDH) e índice de Gini (IGini).	Etapa 1: Cárie (índice CPOD), perda dental, edentulismo anterior, dor de origem dentária, necessidade de prótese e acesso a dentista. Etapa 2: média do CPO-D, número médio de dentes perdidos e prevalência de edentulismo anterior, dor de origem dentária e necessidade de prótese, agregadas por estado.	Dados secundários do levantamento nacional SB Brasil 2002-2003. O exame bucal foi realizado em domicílio por examinadores calibrados.	Foram observadas diferenças significativas entre os grupos de raça/cor para todos os desfechos estudados. Evidenciou-se iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil, com maior vulnerabilidade da população negra (pretos e pardos) em relação aos brancos.
Antunes <i>et al.</i> , 2013 ²⁵	Brasil	Estudo ecológico	8.505 pessoas residentes na cidade de São Paulo que morreram por câncer oral	Raça cor da pele negra/gênero masculino	Câncer oral	Sistema de Informação sobre Mortalidade e Censo 2000.	A taxa de mortalidade por câncer oral dobrou para homens negros no período de 2003-2009

continua

Quadro 2. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Autores/ Ano	Local	Desenho	População	Variável exposição	Variável desfecho	Instrumento de avaliação	Principais achados
Bruno <i>et al.</i> , 2013 ²¹	Brasil	Estudo transversal	29 indivíduos quilombolas	Raça cor da pele negra	Lesões Bucais/ Doença periodontal	Índice periodontal comunitário (CPI)	Alta prevalência da doença periodontal foi encontrada (75,86%) nos quilombolas.
Celeste <i>et al.</i> , 2013 ²³	Brasil	Estudo transversal	2.791 funcionários de um campus universitário do Rio de Janeiro	Marcadores comportamentais/ Discriminação autorrelatada/raça	Perda dentária autorreferida	Os dados foram coletados por meio de um questionário autoaplicável	Após o ajuste, os negros tinham uma razão de chance de estar em uma categoria superior de dentes perdidos igual a 1,39 (IC95% 1,12-1,72), e pardos, 1,33 (IC95% 1,10-1,60), quando comparados aos brancos.
Figueiredo <i>et al.</i> , 2016 ¹⁹	Brasil	Estudo transversal	120 indivíduos quilombolas.	Comunidade quilombola e fluoretação da água	Condição de saúde bucal	Questionário estruturado e exame periodontal, além de realizar a coleta da água de consumo	Ampla prevalência de cárie, assim como de perda dentária, com maior índice associado a comunidade quilombola rural.
Bidinotto <i>et al.</i> , 2017 ¹³	Brasil	Estudo transversal	583 indivíduos pertencentes à comunidade Quilombola	Raça cor da pele negra, baixa renda	Autopercepção de saúde bucal negativa	Aplicação de questionário estruturado.	Autopercepção negativa de saúde bucal foi reportada por 313 (53,1%) indivíduos. Satisfação com aparência e mastigação é fator associado com autopercepção de saúde bucal dos quilombolas.
Nazer e Sabbah, 2018 ²⁸	Estados Unidos	Estudo transversal	76.273 participantes maiores de 40 anos	Pretos/Hispânicos/Outros	Perda dentária	Uso de dados secundários. Aplicação de questionário estruturado por telefone.	Afro-americanos têm maior probabilidade de perda dentária do que outros grupos étnicos. A associação significativa entre etnia e perda dentária persistiu mesmo após o ajuste para a posição socioeconômica.
Sandes <i>et al.</i> , 2018 ¹⁸	Brasil	Estudo transversal	669 quilombolas, com idade entre 65 e 74 anos, residentes em 33 comunidades rurais quilombolas distribuídos em 20 municípios diferentes	Condições socioeconômicas/ uso de serviços odontológicos	Condição de saúde bucal	Foram realizadas entrevistas e exames	Os quilombolas analisados optam por procurar atendimento odontológico apenas em casos de dor ou extração. Precárias condições de saúde bucal, alto índice de edentulismo. Boa parte dos idosos relatou estar infeliz com seu próprio estado de saúde bucal.
Han, 2019 ³⁰	Estados Unidos	Estudo transversal	12.307 adultos	Educação/renda familiar/dados demográficos	Visitas ao dentista/ Autoavaliação da saúde bucal/ Número de dentes perdidos.	<i>National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES)</i>	Negros não hispânicos relatam uma pior autoavaliação da saúde bucal do que os brancos não hispânicos.

continua

Quadro 2. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Autores/ Ano	Local	Desenho	População	Variável exposição	Variável desfecho	Instrumento de avaliação	Principais achados
Celeste <i>et al.</i> , 2019 ²⁴	Brasil	Estudo transversal	9.779 indivíduos de 35 a 44 anos	Renda/escolaridade/raça	Periodontite	Entrevista e exame bucal	Maior renda e escolaridade foi associada à diminuição da prevalência de periodontite moderada a grave. Não houve interações significativas entre renda e raça ou educação, nem entre raça e educação, nem entre raça e periodontite.
Araújo <i>et al.</i> , 2020 ²⁰	Brasil	Estudo transversal	864 indivíduos quilombolas	Variáveis socioeconômicas e demográficas e variáveis de condições de saúde	Perda dentária	Aplicação de questionário estruturado.	A maioria dos quilombolas do semiárido baiano relatou perda de pelo menos um dente por exodontia, e os que relataram ter cárie dentária, apresentaram maior chance de extração dentária.
Schuch <i>et al.</i> , 2021 ⁴	Austrália	Estudo transversal	2.798 indivíduos	Discriminação racial percebida/ renda/ escolaridade	Comprometimento da saúde bucal	Baseou-se nos dados do <i>National Dental Telephone Interview Survey</i> .	Discriminação racial percebida está associada a problemas de saúde bucal e essa relação é socialmente padronizada.
Miranda <i>et al.</i> , 2021 ²²	Brasil	Estudo transversal	406 idosos quilombolas.	Características sociodemográficas dos idosos quilombolas	Acesso aos serviços odontológicos	Entrevistas estruturadas e exames clínicos odontológicos.	Idosos quilombolas possuíam uma condição precária de saúde bucal e tinham acesso restrito aos serviços odontológicos. E os idosos de idade mais avançada apresentavam maior dificuldade em acessar o serviço de saúde odontológica.
Muralikrishnan e Sabbah, 2021 ²⁹	Estados Unidos	Estudo transversal	4.858 indivíduos	Discriminação racial	Perda dentária	<i>Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)</i> 2014	Este estudo demonstrou um papel potencial para a discriminação na perda de dentes entre adultos americanos. A discriminação também poderia explicar parte das desigualdades étnicas em saúde bucal.
Karam <i>et al.</i> , 2022 ²⁶	Brasil	Estudo transversal oriundo de uma coorte	537 indivíduos	Desigualdades sociais e raciais	Autoavaliação da saúde bucal	<i>Oral Health Study (OHS)</i>	Os resultados deste estudo demonstram disparidades raciais na saúde bucal independentemente da renda e escolaridade. Além disso, foi identificada autoavaliação negativa da saúde bucal foi mais prevalente entre os participantes pertencentes a minorias raciais/cor da pele.

Fonte: Autores.

Discussão

Os resultados desta revisão registram que a população negra apresenta piores condições de saúde bucal, principalmente em relação a perda dentária, autoavaliação de saúde bucal ruim e cárie. Os estudos incluídos na revisão sistemática, embora apresentem baixo risco de viés, possuem elevada heterogeneidade, o que limitou a realização de uma metanálise, pela possibilidade de gerar questionamentos sobre a validade de combinar resultados³⁴. Como as pesquisas envolvendo raça/cor da pele e saúde oral ainda são recentes, muitos desfechos têm sido analisados, o que dificulta o cruzamento dos dados.

Os estudos incluídos revelam que os quilombolas não estão felizes com a saúde bucal autorreferida^{12,19}, possuem alta prevalência de cárie²⁰, perda dentária²¹, e periodontite²². Houve associação entre a raça/cor da pele negra e/ou renda e problemas com a boca como: perda dentária, periodontite, cárie e câncer oral^{13,19-22,24-26,32}; a condição de saúde oral foi pior em indivíduos pretos do que em indivíduos brancos^{1,23,25,28,29,31,34}; identificou-se pior condição de saúde bucal quando da exposição a discriminação racial^{4,30} e uma provável relação entre a perda dental e o baixo nível econômico³².

Dentre os indivíduos quilombolas, o comprometimento da saúde bucal destes pode ser explicado por fatores que caracterizam as desigualdades sociais. As comunidades quilombolas estão em áreas rurais, distantes dos centros de atendimento odontológico, o que dificulta o acesso dessa população a tratamento e orientação em saúde bucal. Outro fator relevante é o econômico, essas famílias vivem da economia de subsistência, em sua maioria, e por morarem distantes dos pontos de assistência odontológica os custos do deslocamento podem limitar essas pessoas a procurarem o dentista somente em situações de urgência. Os quilombos foram refúgios para as pessoas escravizadas, que puderam construir, nestes espaços, lares seguros para suas famílias^{13,19,21-23}. Historicamente, os quilombos representam a resistência de um povo que até hoje sofre as consequências do colonialismo ao enfrentar as iniquidades raciais, socioeconômicas e em saúde estabelecidas pelo racismo institucionalizado³⁵.

De maneira geral, a condição socioeconômica é relevante para manutenção de uma boa saúde oral, pois permite o acesso do indivíduo a tratamentos, prevenção e orientação de higiene^{29,31}. A concentração de riqueza e exploração da população negra, antes com a escravidão, e hoje

com os subempregos, precarização das moradias e das escolas nos bairros periféricos mantém esta população com menor acesso a melhores condições de vida promovendo as iniquidades em saúde vivenciadas por esses indivíduos.

Dentre as doenças bucais mais importantes para a saúde pública, estão a periodontite e a cárie dentária. A primeira além de contribuir com a perda dentária, pode favorecer a ocorrência e/ou gravidade de diabetes, endocardite e síndrome metabólica, dentre outras¹². Cinco estudos incluídos nesta revisão citam maior prevalência de periodontite nos indivíduos pretos, caracterizando uma maior exposição dessa população a doenças crônicas^{1,21,24,27,34}. A segunda é resultado da desmineralização dos tecidos duros dentários, promovida pela disbiose da microbiota bucal. Sua etiologia está associada a múltiplos fatores como dieta rica em carboidrato fermentáveis, falta/má higienização oral, prevalência de bactérias cariogênicas, predisposição genética e o tempo de exposição³⁶. Sem tratamento adequado e sem controle do biofilme a cárie pode levar a perda dentária²⁰.

Para ambas as doenças, o acesso aos cuidados odontológicos e a materiais de higiene são as melhores estratégias de prevenção. O flúor associado à desorganização do biofilme promovido pela escovação são os melhores recursos para a prevenção da cárie³⁶. Outra medida fundamental para prevenção da cárie e de baixo custo é a fluoretação da água³⁷. No Brasil, desde 1974 a fluoretação da água é regida pela Lei 6.050³⁸, e em 2011 a Portaria 2.914, emitida pelo Ministério da Saúde, estabeleceu o teor máximo de 1,5 mg de Flúor por litro de água³⁹. Um estudo realizado na Comunidade Quilombola de Cocalinho não identificou a presença do íon na água fornecida pela prefeitura à comunidade; dos quilombolas 72,41% estavam com cárie, e 31,03% já haviam perdido pelo menos um dente, confirmando mais uma iniquidade em saúde ao privar a população quilombola do direito a saúde⁴⁰.

Caso as estratégias de prevenção e tratamento dessas doenças bucais não estejam acessíveis, amplia-se a probabilidade da perda dentária, o que justifica a alta prevalência de edentulismo nessa população²⁰. A falta de dentes impacta diretamente na qualidade de vida desses indivíduos com prejuízos na mastigação, fonação, nutrição, estética e condição psicológica^{41,42}. Como uma das possibilidades de tratamento está a prótese dentária. No entanto, o acesso a este serviço pelo Sistema Único de Saúde ainda é precário, visto que dados dos SB Brasil 2010⁴³ indicaram que

68,8% da população brasileira possui necessidade de prótese, sendo esta necessidade mais prevalente nos indivíduos baixa renda⁴⁴.

A dificuldade de acesso ao serviço de saúde bucal da população preta, pode explicar parte desta condição bucal desfavorável encontrada na população preta e parda⁴⁵. Os fatores relacionados a limitação de acesso a serviços odontológicos são: poucas equipes odontológicas no sistema público de saúde; falta de recursos financeiros para pagar consultas/planos odontológicos; dificuldade no deslocamento até o local de atendimento, seja por insegurança, custeio desse deslocamento, dificuldades ou ausência no transporte⁴⁶⁻⁴⁸; e discriminação racial nos próprios serviços de saúde^{49,50}. As desigualdades em saúde sofridas pelos afrodescendentes confirmam a crueldade exercida pelo racismo institucional que estabelece uma cadeia de iniquidades sociais, econômicas, e de saúde para que dessa forma ele se mantenha como estrutura de dominação e exploração da população preta^{51,52}.

De maneira geral, os achados desta revisão sistemática levantam inúmeros aspectos que precisam ser considerados no planejamento de intervenções em saúde pública com vistas a melhoria da saúde bucal das populações mais vulneráveis. Ao identificar e descrever a existência de iniquidades raciais na saúde bucal, os resultados trazem uma síntese clara para o planejamento de políticas públicas que reconheça que indivíduos de raça/cor da pele negra/parda precisam ter garantia de equidade nas ações que envolvem a melhoria da condição de saúde bucal. Se medidas enérgicas não forem tomadas para expor e eliminar o racismo estrutural em todos os países, as iniquidades em saúde bucal persistirão. As estratégias incluem desde o envolvimento das instituições de ensino odontológico, até uma forte regulamentação de políticas⁵².

Esta revisão embora tenha sido ampla para garantir a inclusão do máximo de estudos publicados, é possível que a estratégia de busca não tenha capturado todos os estudos sobre a temática. Ademais, é preciso destacar que alguns trabalhos não incluíram grupo controle, a exemplo daqueles que contemplam na amostra apenas quilombolas, bem como a identificação de diferentes desfechos, o que tronou inviável a realização de uma metanálise. Como pontos fortes desta revisão pode-se citar a busca extensa, utilização de diferentes categorias analíticas, avaliação do risco de viés. Além disso, o estudo apresentou rigor metodológico, realizados por revisores independentes, e analisou qualitativamente os dados de

estudos primários sobre saúde bucal e iniquidades raciais.

Considerações finais

Nossos resultados registram que pretos e pardos apresentaram condição de saúde bucal desfavorável. Para mudar esse cenário é preciso estabelecer políticas públicas de equidade para levar aos cidadãos pretos condições de saúde bucal adequadas. Medidas como: informar a população em geral sobre o racismo e estabelecer programas de enfrentamento contra o racismo institucional; diagnosticar as necessidades da população raça/cor preta, a fim de oferecer tratamentos diferenciados e específicos reduzindo as diferenças de vulnerabilidade dessa população; ampliar as redes de assistência odontológica nas regiões com maior presença da população negra. Os achados desta revisão, sinalizam, portanto, a importância de fortalecer o entendimento de que é preciso ter um olhar do poder público para a saúde bucal desse grupo. No âmbito das práticas profissionais é necessário ampliar estratégias de promoção da saúde bucal em população negra, bem como fomentar pesquisas com métodos prospectivas, com vistas a avaliar os impactos do racismo na saúde bucal.

Colaboradores

LAO Reis: construção do protocolo, busca nas bases, seleção dos estudos e escrita do artigo. SS Miranda: construção do protocolo, busca nas bases, seleção dos estudos (terceiro revisor) e escrita do artigo. BR Fonseca: construção do protocolo, busca nas bases, seleção dos estudos e escrita do artigo. M Pereira: construção do protocolo e escrita do artigo. MS Natividade: escrita e revisão final do artigo. E Aragão: escrita e revisão final do artigo. TP Lara: escrita e revisão final do artigo. JS Nery: escrita e revisão final do artigo.

Financiamento

Este estudo contou com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia.

Referências

1. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BH, Bisinelli JC. Racial inequity in oral health in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(2):135-141.
2. Silva NND, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EDC, Mercês NPD, Oliveira MAF. Access of the black population to health services: integrative review. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(4): e20180834.
3. Phelan JC, Link BG. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annu Rev Sociol* 2015; 41:311-330.
4. Schuch HS, Haag DG, Smith JL, Paradies Y, Jamieson LM. Intersectionality, racial discrimination and oral health in Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2021; 49(1):87-94.
5. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). *Declaração sobre a raça e os preconceitos raciais* [Internet]. 1978 [acessado 2021 jul 29] Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/UNESCOorganiza%C3%A7%C3%A3o-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas-para-a-Educa%C3%A7%C3%A3o-Ci%C3%A2ncia-e-Cultura/declaracao-sobre-a-raça-e-os-preconceitos-raciais.html>.
6. Brasília. Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas. *Racismo como determinante social de saúde*. [Internet]. 2011 [acessado 2021 ago 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/racismo-como-determinante-social-de-saude>.
7. Williams DR, Priest N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. *Sociologias* 2015; 17(40):124-174.
8. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc* 2016; 25(3):535-549.
9. Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Health Serv* 2014; 44(4):63-125.
10. Krieger N. Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *Am J Public Health* 2012; 102(5):936-44.
11. Linden GJ, Herzberg MC. Periodontitis and systemic diseases: a record of discussions of working group 4 of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Periodontol* 2013; 84(4 Supl.):S20-S23.
12. Amarasena N, Chrisopoulos S, Jamieson LM, Luzzi L. Oral Health of Australian Adults: Distribution and Time Trends of Dental Caries, Periodontal Disease and Tooth Loss. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 2;8(21):e11539.
13. Bidinotto AB, D'Ávila OP, Martins AB, Hugo FN, Neutzling MB, Bairros FS, Hilgert JB. Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20(1):91-101.
14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Moher D. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *J Clin Epidemiol* 2021; 134:103-112.
15. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Forster V. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *J Clin Epi-Demiol* 2016; 75:40-46.
16. Ouzzani M], Hammady H, Fedorowicz Z, and Elmagarmid A. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Ver* 2016; 5:210.
17. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, Tugwell P. *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses* [Internet]. 2021 [cited 2021 ago 21]. Available from: https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.Asp.
18. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFN. Oral health of elderly people living in a rural community of slave descendants in Brazil. *Cad Saude Colet* 2018; 26(4):425-431.
19. Figueiredo MC, Benvegnú BP, Silveira PPL, Silva A M, Silva KVCL. Saúde bucal e indicadores socioeconômicos de comunidades quilombolas rural e urbana do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Fac Odontol Lins* 2016; 26(2):61-73.
20. Araújo RLMD, Araújo EMD, Miranda SS, Chaves JN, Araújo JAD. Extrações dentárias autorrelatadas e fatores associados em comunidades quilombolas do Semiárido baiano. *Epidemiol Serv Saude Ambiente* 2020; 29(2):e2018428.
21. Bruno IF, Rosa JAA, Melo CM, Oliveira CCC. Avaliação da doença periodontal em adultos na população quilombola. *Interfaces Cien Saude Ambiente* 2013; 1(2):33-39.
22. Miranda LP, Oliveira TL, Queiroz PDSF, Oliveira PSD, Fagundes LS, Rodrigues Neto JF. Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2020; 23(2):e200146.
23. Celeste RK, Gonçalves LG, Faerstein E, Bastos JL. The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: the Pró-Saúde study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(6):509-516.
24. Celeste RK, Oliveira SC, Junges R. Threshold-effect of income on periodontitis and interactions with race/ethnicity and education. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 14;22:e190001.
25. Antunes JLE, Toporcov TN, Biazevic MGH, Boing AF, Bastos J L. Gender and racial inequalities in trends of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica* 2013; 47(3):470-478.
26. Karam SA, Schuch HS, Demarco FF, Barros FC, Horta, BL, Correa MB. Social and racial inequity in self-rated oral health in adults in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2022; 38(3):e00136921.
27. Fisher MA, Gilbert GH, Shelton BJ. A cohort study found racial differences in dental insurance, utilization, and the effect of care on quality of life. *J Clin Epi Demiol* 2004; 57(8):853-857.
28. Nazer FW, Sabbah W. Do Socioeconomic Conditions Explain Ethnic Inequalities in Tooth Loss among US Adults? *Ethn Dis* 2004; 28(3):201-206.
29. Muralikrishnan M, Sabbah W. Is Racial Discrimination Associated with Number of Missing Teeth Among American Adults? *J Racial Ethn Health Disparities* 2020; 8(5):1293-1299.
30. Han C. Oral health disparities: Racial, language and nativity effects. *SSM Popul Health* 2019; 12:e100711.

31. Chavers LS, Gilbert GH, Shelton BJ. Racial and socioeconomic disparities in oral disadvantage, a measure of oral health-related quality of life: 24-month incidence. *J Public Health Dent* 2007; 62(3):140-147.
32. Jimenez M, Dietrich T, Shih MC, Li Y, Joshipura KJ. Racial/ethnic variations in associations between socio-economic factors and tooth loss. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37(3):267-275.
33. Pereira MG, Galvão TF. Heterogeneidade e viés de publicação em revisões sistemáticas. *Epidemiol Serv Saude* 2014; 23(4):775-778.
34. Henshaw MM, Karpas S. Oral Health Disparities and Inequities in Older Adults. *Dent Clin North Am* 2021; 65(2):257-273.
35. Macedo JP, Dantas C, Dimenstein M, Leite J, Alves Filho A, Belarmino VH. Condições de vida, acesso às políticas e racismo institucional em comunidades quilombolas. *Gerais Rev Interinst Psicol* 2021; 14(1):e15488.
36. Sanz M, Beighton D, Curtis MA, Cury JA, Dige I, Dommisch H, Zaura E. Role of microbial biofilms in the maintenance of oral health and in the development of dental caries and periodontal diseases. Consensus re-port of group 1 of the Joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal disease. *J Clin Periodontol* 2017; 44(Supl. 18):S5-S11.
37. Iheozor-Ejiofor Z, Worthington HV, Walsh T, O'Malley L, Clarkson JE, Macey R, Alam R, Tu-gwell P, Welch V, Glenny AM. Water fluoridation for the prevention of dental caries. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 6:CD010856.
38. Brasil. Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. *Diário Oficial da União* 1974; 27 maio.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. *Diário Oficial da União*; 2011.
40. Dias J, Pereira B, Ribeiro P, Monteiro L. Vulnerability in oral health: lack of fluoride in public supply water in a quilombola remaining Community. *J Business Techn* 2020; 13(1):57.
41. Saintrain MVL, Souza EHA. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Gerodontologia* 2011; 29(2):e632-e636.
42. Silva MÊS, Villaça ÊL, Magalhães CS, Ferreira E. Impact of tooth loss in quality of life. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):841-850.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SB Brasil 2010*. Brasília: Editora MS; 2012
44. Medeiros JJ, Rodrigues LV, Azevedo AC, Andrade LI-MAE, Machado LS, Valença AMG. Edentulismo, Uso e Necessidade de Prótese e Fatores Associados em Município do Nordeste brasileiro. *Pesqui Bras Odontopediatr Clin Integr* 2012; 12(4):573-578.
45. Akintobi TH, Hoffman LM, McAllister C, Goodin L, Hernandez ND, Rollins L, Miller A. Assessing the Oral Health Needs of African American Men in Low-Income, Urban Communities. *Am J Mens Health* 2018; 12(2):326-337.
46. Northridge ME, Schenkel AB, Birenz S, Estrada I, Metcalf SS, Wolff MS. "You Get Beautiful Teeth Down There": Racial/Ethnic Minority Older Adults' Perspectives on Care at Dental School Clinics. *J Dent Educ* 2017; 81(11):1273-1282.
47. Eisen CH, Bowie JV, Gaskin DJ, LaVeist TA, Thorpe Jr. RJ. The contribution of social and environmental factors to race differences in dental services use. *J Urban Health* 2015; 92(3):415-421.
48. Cavalcante IMS, Silva HP. Políticas Públicas e Acesso aos Serviços de Saúde em Quilombos na Amazônia Paraense. In: Tribunal Regional Federal da 2ª Região (TRF2). *Quilombolas: aspectos políticos, jurídicos e políticas públicas inclusivas consequentes à edição do Decreto nº 4887-2003 e do julgamento da ADI nº 3239*. Brasília: TRF2; 2019. p. 473-498.
49. Amaral Junior OLD, Menegazzo GR, Fagundes MLB, Sousa JL, Tôrres LHDN, Gior-dani JMDA. Perceived discrimination in health services and preventive dental attendance in Brazilian adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2020; 48(6):533-539.
50. Sabbah W, Gireesh A, Chari M, Delgado-Angulo EK, Bernabé E. Racial Discrimination and Uptake of Dental Services among American Adults. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(9):e1558.
51. Kalckmann S. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saude Soc* 2007; 16(2):146-155.
52. Jamieson L, Peres MA, Guarnizo-Herreno CC, Bastos JL. Racism and oral health inequities. An overview. *EClinicalMedicine* 2021; 34:e100827.

Artigo apresentado em 20/04/2023

Aprovado em 28/06/2023

Versão final apresentada em 30/06/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva