

Ethos antirracista em saúde bucal coletiva como imperioso à vida

Antiracist ethos and the collective oral health as a pathway for life

Marcia Pereira Alves dos Santos (<https://orcid.org/0000-0003-0349-8521>)¹

João Luiz Bastos (<https://orcid.org/0000-0002-1816-0745>)²

Abstract *This article proposes a reflection on the imperative of antiracism in collective oral health, which, as a science, field, core, and praxis, contributes significantly to the reconstruction of an ethos that considers equity and enables citizenship and democracy. As a paradigm, we assumed the concept of “Buccality” and the guidelines of the National Comprehensive Health Policy for the Black Population, emphasizing the defense of the right to health as a prerogative of the right to life and the combat against racism and all forms of discrimination systematically. As a critical exercise, we discussed the status quo of collective oral health. We pointed to adopting a racial pro-equity perspective as an intentional, political choice socially agreed upon with all of society for social justice. Finally, we propose recommendations for dismantling systemic racism in collective oral health.*

Key words *Black people, Oral Health, Systemic racism*

Resumo *Este artigo propõe uma reflexão sobre o imperativo do antirracismo na saúde bucal coletiva, a qual, como núcleo e práxis, pode contribuir de forma significativa para a (re)construção de um ethos que contemple a equidade e viabilize a cidadania e a democracia. Como paradigma, assumimos o conceito “Bucalidade” e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, pela ênfase no direito à saúde como prerrogativa do direito à vida e no combate ao racismo e a todas as formas de discriminação, em quaisquer espaços, como indutor desse ethos. Como exercício crítico, abordamos o status quo da saúde bucal coletiva e apontamos para uma perspectiva pró-equidade racial como uma escolha intencional, política e pactuada socialmente em busca da justiça social. Por fim, trazemos proposições para a implementação desse ethos por assumir o enfrentamento do racismo sistêmico no campo da saúde bucal coletiva como inadiável para a preservação da vida-boca e aprimoramento da democracia.*

Palavras-chave *População negra, Saúde Bucal, Racismo sistêmico*

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco 325, Ilha da Cidade Universitária. 21941-913 Rio de Janeiro RJ Brasil. dramarciaalves@ufrj.br

² Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University. Burnaby BC Canada.

Introdução

No Brasil, a constituição cidadã de 1988 prevê a todos e todas, indiscriminadamente, a saúde como um direito inalienável, não mercadológico, universal, integral e equitativo¹. A saúde bucal é um indicador para todas as gerações, métrica para a qualidade de vida² e para avaliação dos sistemas de saúde^{3,4}, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS)⁵. Nesse sentido, boa saúde bucal é indicador do exercício de cidadania¹.

O relatório sobre a condição de saúde bucal da população em nível mundial publicado em novembro de 2022 pela Organização Mundial da Saúde⁶ revisou os dados sobre a condição de saúde bucal em nível global e mostrou que as doenças bucais ocupam o topo do ranking de causa de adoecimento por doenças crônicas não transmissíveis, afetando aproximadamente metade da população mundial (45% ou 3,5 bilhões de pessoas em todo o mundo)⁷. Populações em situação de maior vulnerabilidade social, como os grupos racializados e/ou minorias, são os mais afetados, o que é igualmente observado no Brasil⁸.

Pessoas negras são vistas como diferentes⁹ e, por ser essa diferença considerada problemática, ficam fora das estruturas de poder onde o sistema está habituado a definir tudo, bloquear os espaços e as narrativas⁹, condições que expressam o racismo sistêmico⁹. Ademais, como um vírus letal, reeditado permanentemente e com abrangência global¹⁰, o racismo em sua multidimensionalidade, dentre elas, institucional, interpessoal e internalizada^{11,12}, caracteriza-se como outro problema de saúde pública global^{13,14}, viola os direitos à saúde, à vida e inviabiliza a democracia¹⁵. Como um sistema, o racismo concretiza-se pela naturalização do adoecimento e pela normalização da morte, pela ausência ou mesmo fragilidade das políticas públicas efetivas para populações racialmente marginalizadas ao longo dos tempos¹⁰⁻¹⁷ que, deixadas à própria sorte, são culpabilizadas e estigmatizadas.

A negação do racismo se camufla no equivocado conceito da democracia racial, no pacto narcísico da branquitude, na produção de opressão, negligência e aniquilamento^{9,13-15}. Diretamente relacionada à manutenção das iniquidades raciais em saúde bucal⁸, refletida não apenas no maior acúmulo de doenças bucais na população negra, como a cárie dentária, a doença periodontal e as perdas dentárias⁸, mas também na insistência em desconsiderar ações para implementação de políticas públicas, inclusive para a saúde bucal, para esse grupo¹² majoritário na população brasileira^{16,17}.

A assunção da equidade como princípio é imperativo para reduzir as iniquidades raciais¹⁸ e já enunciada pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra há aproximadamente uma década e meia¹⁹. Embora não seja uma recomendação nova no Brasil¹⁹, sua implementação não se efetivou e, para enfrentar o racismo, isso é fundamental. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019²⁰ exemplificam tal necessidade ao mostrarem que se por um lado, negros e negras tiveram um número menor de consultas odontológicas, por outro, o percentual de pessoas de 18 anos de idade ou mais que perderam 13 ou mais dentes no Brasil foi maior na população negra (i.e., pardos, pardas, pretas e pretos, em conjunto)²⁰. A situação é ainda mais grave, quando considerados apenas os autodeclarados pretos e pretas, uma vez que, mesmo quando minoritários nas regiões Norte, Sudeste e Sul do Brasil, pretos e pretas tiveram mais dentes perdidos em comparação aos demais grupos analisados. Em outras palavras, somado ao fato de ser minoritária e ir em menor frequência ao dentista, a população preta teve perdas dentárias superiores à da população brasileira como um todo²⁰.

Iniquidades raciais em saúde bucal em relação à cárie dental, perda dentária, dor e necessidade de prótese com prejuízo para a população negra (pretos e pardos) em relação aos brancos já foram denunciadas no Brasil²¹, com desvantagens interseccionais cumulativas quando considerados os entrecruzamentos com gênero, geração e território. Um estudo²² mostrou uma interação significativa entre a raça e o sexo na perda de dentes, com uma desvantagem para as mulheres negras que apresentaram a prevalência da perda dentária 19% maior em comparação com homens brancos (PR: 1,19; 95%IC: 1,05-1,34); 26% maior em comparação com mulheres brancas (PR: 1,26; 95%IC: 1,13-1,42) e 14% maior comparadas aos homens negros (PR: 1,14; 95%IC: 1,02-1,27)²². Por outro lado, a chance de nunca ter ido ao dentista é duas vezes maior para a população idosa negra do que a de idosos brancos e a probabilidade de ter utilizado os serviços de saúde bucal no último ano é menor para os idosos negros do que para os idosos brancos²³. A necessidade de prótese ou mesmo a presença de dor não diminuiu a dificuldade de utilização do serviço odontológico para os idosos negros²³. Esse cenário é comparável ao dos idosos pertencentes às comunidades tradicionais quilombolas, particularmente no que se refere à alta frequência de perdas dentárias e à dificuldade de acesso aos serviços odontológicos²⁴.

Em estudo²⁵ que objetivou revisar sistematicamente a associação entre a mobilidade social ao longo da vida e a perda dentária entre adultos e idosos, os autores evidenciaram que a mobilidade social descendente teve uma associação mais forte com a perda dentária do que a mobilidade social ascendente. Os achados também demonstraram que estar persistentemente em níveis sociais mais baixos durante o ciclo de vida tem o impacto mais prejudicial na perda dentária, embora trajetórias descendentes e ascendentes também tenham sido associadas a uma maior probabilidade de ter perda dentária do que a posição social persistentemente alta. Isso significa que a desvantagem socioeconômica em qualquer período da vida tem consequências na perda dentária, corroborando a hipótese do acúmulo²⁵. Cabe ressaltar, entretanto, que as piores condições socioeconômicas têm sido historicamente experimentadas por grupos racializados e/ou grupos minoritários⁷ o que não é diferente para a população negra brasileira¹⁷ como reflexo do racismo estrutural. A não incorporação da perspectiva da equidade étnico-racial nos estudos, em particular no Brasil, não contribuiu para a melhor compreensão dos fenômenos socialmente determinados para os desfechos em saúde²⁶ e, por conseguinte, inviabilizam intervenções efetivas que promovam a melhoria do estado de saúde dessas populações.

A escolha da perda dentária como destaque para ilustrar a privação da população negra à saúde bucal não foi ao acaso e se apoia na sua utilização como indicador de qualidade de vida²⁷. A perda dentária é, em particular, utilizada no cálculo do indicador de anos de vida perdidos por incapacidade²⁷. Além disso, a perda dentária pesa fortemente na estimação dos anos de vida perdidos por incapacidade, quando associada a outras morbidades comuns à população negra, como a doença falciforme, o acidente vascular cerebral, as doenças cardiovasculares, as doenças renais, os cânceres ou as doenças metabólicas. A presença das doenças bucais, associada a outras doenças, piora a qualidade de vida e reduz a expectativa de vida²⁷. A manutenção desse cenário de iniquidade racial em saúde bucal é uma forma de antecipação da morte na população negra.

O horizonte de morte corporificado pelo genocídio negro e fruto da necropolítica, expressasse na objetificação e no descarte dos corpos²⁸, e constitui mais uma das marcas do racismo estrutural. Ao assumir tal conceito e fazer uma analogia para a saúde bucal, pode-se depreender que tais perdas dentárias em maior frequência para

a população negra concretizam, ainda nos dias atuais, uma lógica colonizadora de sucessiva(s) e cumulativa(s) mutilações e, conseqüentemente, uma indução à morte lenta. Acrescenta-se que a inobservância de esforços para implementação de ações ou estratégias que não só promovam “reabilitação da saúde bucal” mas, sobretudo, ampliem o acesso à saúde bucal para a população negra, confirmam uma intencionalidade e viola direitos. Ademais, é imperioso questionar uma lógica de cuidado distinta para a mesma necessidade em que grupos racializados recebem tratamentos mais simples, mais baratos ou mutiladores²⁹. É preciso estar atento também para as formas sutis pelas quais o tratamento discriminatório se manifesta na provisão de cuidado em saúde bucal: pesquisa recente conduzida no Brasil³⁰ demonstrou que para a mesma proposta terapêutica estudantes de odontologia relataram menos confiança (mais inseguros/menos preparados/mais preocupados em acertar) ao tratar pacientes pediátricos brancos do que negros. O maior nível de autoconfiança demonstrado pelos estudantes de odontologia foi para as meninas negras, e mostra como a subjetividade do racismo se concretiza na discriminação racial. O aumento da autoconfiança é intuitivamente ou não, preconceber a simplificação, a desvalorização e a objetificação (desimportância) para aqueles corpos negros de crianças. Tal constatação não se limita à odontologia, no que tange ao manejo de populações racialmente marginalizadas no âmbito da clínica³¹⁻³³. Em outras palavras, reproduz-se a lógica do colonizador de oferecer tratamento inferior ou marcado por estabelecer maiores dificuldades para segmentos populacionais específicos. É preciso descolonizar mentes³² para a produção do cuidado em saúde bucal já que inquestionavelmente as consequências do racismo são nefastas.

A “presumida” irrelevância da temática sobre relações étnico-raciais é outra forma de racismo sistêmico e se observa na ausência sistemática desse conteúdo nos currículos de formação nos diferentes níveis educacionais, nos projetos político-pedagógicos, espaços de produção de conhecimento científico ou tecnológico, bem como nos espaços da gestão, da assistência, nos diferentes fóruns de discussões, reuniões de sociedades e associações de representação de classes^{34,35}. Há um silêncio “estrondoso”, “perturbador” e que precisa ser interrompido por um *ethos* antirracista³⁶⁻³⁸, para a equidade racial¹⁸ e impelir a mudança desse status silenciado para o *ethos* antirracista por meio das vozes coletivas para a saúde bucal

como a via pró-equidade possível, em busca da cidadania e da democracia, com atenção às especificidades da realidade brasileira, face à heterogeneidade da população negra e de suas conexões com as populações globais e o mundo.

O *ethos* hegemônico em nosso país, qual seja, o *ethos* sociocultural imbricado no racismo estrutural, introjetado em todas as partes da sociedade, infiltrando em todos os seus níveis, os seus valores e contra-valores, decorre da particularidade da realidade socio-histórica brasileira fruto de quatrocentos anos de escravização e, de como se deu a dinâmica, que no tempo presente traz essa herança para a construção e manutenção de uma práxis social³⁹. Nessa lógica, a história dos não-brancos é atravessada pelo processo triplo de deslegitimação à medida que retira por quase completo a presença de contribuições epistemológicas de outras fontes étnicas e culturais, fazendo com que os grupos sociais sejam mais uma vez invisibilizados e estereotipados³². O advento das repúblicas democráticas age de forma similar ao colonialismo de outrora, já que historicamente para estes grupos inferiores não é possível considerar todas as suas demandas no agir democrático. Pelo contrário, o exercício do poder hegemônico dá-se pelo direito de veto como expressão do ódio e frontalmente antagônica a uma relação (amorosa) humana, o que de fato deveria protagonizar as relações entre as pessoas e sua contraparte⁴⁰. Para o estabelecimento de uma práxis social coerente, é imperioso (re) conhecer que as amarras inerentes e decorrentes do processo de escravização pelas formas de agenciamento das subjetividades e um modo de ser e conduzir condutas, é parte dos processos de subjetivação e constituição dos sujeitos sociais que reificam o *ethos* vigente^{32,39-41}.

O *ethos* antirracista é uma forma civilizada de resistir e contrapor ao *ethos* hegemônico (*status quo*), e a incivilidade das políticas brasileiras, ao propor romper com a colonialidade que ainda nos assola⁴¹. Na prática, significa questionar as assimetrias vigentes, a colonialidade do poder e do saber: reconhecer e fortalecer o que é próprio; assumir um pensamento próprio, experimentar inversões; questionar as identidades e a diferença colonial. Essa insurgência possibilita a descolonização de si, ou implica novas condições sociais de poder, de saber e de ser⁴¹. Em outras palavras, é a tomada de consciência pelo entendimento dos males causado pela opressão. Segundo Kosutzenko *et al.*⁴², Freire e Fanon propõem o desvelamento dessa realidade opressora por meio de uma práxis comunitária em que a cooperação e a participação são os eixos propulsores para o de-

envolvimento de uma educação de caráter antirracista consignada na decolonização curricular, a qual se faz por meio da denúncia do racismo concomitante com o anúncio de práticas pedagógicas e políticas ensejadas em mandamentos em favor do usufruto de uma vida plena para todos os seres humanos, a qual é vivida a partir da compaixão e da solidariedade com toda a comunidade da vida. Traduzem-se em experiências de ensino-aprendizagens possíveis a partir do que nos é próprio⁴³ seja nos espaços acadêmicos, mas sobretudo, fora; nos territórios, nos terreiros, nas ruas, nos presídios, nos quilombos, ou seja, o mobilizador é o que emana de uma educação popular^{32,41-43}. Enquanto houver aprisionamento por teorias ultrapassadas ou por hábitos de práticas engessadas não se conseguirá de fato transformar a realidade e propor uma equidade em nossos cotidianos, destacando a necessidade da teoria e prática estarem andando de mãos dadas para que de fato e enfim seja produzida uma ação libertadora em sociedades historicamente marcadas por desigualdades⁴⁴. Um *ethos* antirracista como marca diferencia-se, portanto, por estabelecer uma vinculação prática com os aparelhos teóricos, considerando estes últimos não como teorizações afastadas da realidade, mas como tecnologias da transformação; e, em segundo lugar, pela sua capacidade de vinculação e desvinculação com outros movimentos e ideias pós-emancipação. Nesse sentido, o *ethos* antirracista é flexível e aberto ao diálogo a partir de um lugar de enunciação crítico e prático, e sobretudo funcionalmente como tecnologia de e para a transformação social.

Como pistas para o *ethos* antirracista, sugere-se incorporar a Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008 que alterou a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003, e estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino, a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”⁴⁵ em comunhão à Política Nacional de Saúde Integral da população Negra (PNSIPN)¹⁹ como recursos-ferramentas dessilenciadores. A PNSIPN¹⁹ aponta para seis diretrizes:

- 1) inclusão dos temas racismo e saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente;
- 2) ampliação e fortalecimento da participação do movimento social negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde;
- 3) promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

4) implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo;

5) incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

6) o desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação que desconstruam estigmas e preconceitos, fortalecendo uma identidade negra positiva, que e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

O status quo da Saúde Bucal Coletiva e o enfrentamento (ou não) do racismo

Em que pesem as piores condições de saúde bucal da população negra e a vinculação destas com o racismo em variados níveis conceituais, as interpretações dominantes sobre as iniquidades raciais na área ainda se apoiam em concepções biologicistas, da divisão da humanidade em raças geneticamente distintas³¹⁻³⁷. Essas interpretações englobam desde problemas específicos de saúde bucal ao uso/ acesso aos serviços de saúde, e frequentemente culpabilizam as populações negras pelas piores condições apresentadas – seja em função de aspectos biológicos ou de comportamentos culturalmente determinados³¹⁻³⁷. Tais interpretações não são apenas inválidas de um ponto de vista científico, mas também eticamente condenáveis³¹⁻³⁷. Há farta literatura científica demonstrando a inexistência de distinções biológicas entre grupos raciais, por um lado, e, por outro, o papel do racismo na gênese das iniquidades em saúde^{14,31-37}. De um ponto de vista ético, se as razões últimas para as iniquidades raciais em saúde bucal são questões ligadas à biologia ou a comportamentos culturalmente determinados, as formas de intervenção sobre o problema são automaticamente limitadas e ineficazes, contribuindo para a manutenção de um quadro geral de iniquidades raciais em saúde bucal.

Assim, as iniquidades raciais em saúde bucal devem ser analisadas no contexto de sociedades racistas, que se utilizam de inúmeras estratégias (e.g., simbólicas/culturais, materiais, políticas, sociais etc.) para distribuir injustamente poder e recursos, conforme uma divisão arbitrária e hierárquica da população em grupos raciais. É o conjunto desses processos de natureza simbólica/cultural, material, política e social que chamamos de racismo sistêmico e que está no cerne das iniquidades raciais em saúde bucal. Conceber

as iniquidades raciais em saúde bucal a partir de perspectivas cientificamente embasadas e eticamente posicionadas implica focar no racismo como sua origem e implementar estratégias, políticas e ações para combatê-lo^{15,18,29,30-35,45,46}.

No mundo contemporâneo de flagrantes desigualdades socioeconômicas-raciais-geográficas, ambientais, a discussão, por meio do conceito de equidade em saúde é inadiável¹⁷. Daí, a radicalização da adoção da raça/cor como marcador social importante pró-equidade decorrente de uma escolha política, de um ética (*ethos*) em busca da justiça social que perpassa pela produção de conhecimento científico incorporando esse marcador social²⁶. O conceito de *bucalidade*⁴⁷ estabelece como referencial para a saúde bucal sua indissociabilidade do direito à vida e à cidadania. Assim, a saúde (bucal) coletiva como núcleo e práxis deve primar por estudos epidemiológicos que transponham a mensuração meramente dos fatores e considere o seu vínculo inseparável com a dimensão social, já que não existe epidemiologia que não seja social; da mesma forma, as avaliações de políticas públicas e serviços devem ter como fundamento a solução dos problemas detectados, com vistas ao fortalecimento do SUS e, conseqüentemente, benefícios para a maioria da sociedade. Portanto, precisam ser entranhadas da discussão Estado e Sociedade, necessitando cada vez mais das Ciências Sociais⁴⁸. Para dar conta dessa complexa relação entre a boca e o mundo, Botazzo⁴⁷ elabora o conceito de bucalidade. Nele, a boca-vida articula-se com a vida social genérica ou como parte do nexos biopsicossocial, produtora-resultante de subjetividades em que a saúde bucal resulta das oportunidades de vida, como manifestação do corpo por completo e não como isolada, compartimentalizada, minimizada à dentes/órgãos/cavidade do corpo. Mas, sim, como sujeito por inteiro nas suas determinações, limites e possibilidades, todas essas intrinsecamente relacionadas à luta pelos direitos, à equidade e à democracia. Tal entendimento constitui outra chave analítica para a compreensão e incorporação do *ethos* antirracista para a saúde bucal coletiva.

É oportuno lembrar da importância das conferências de saúde para pautarem e incorporarem em seus documentos, normativas para o SUS, assumindo as premissas elencadas para o efetivo alcance da cidadania e da democracia. Assim como a saúde, equidade em saúde deve ser entendida como um estado determinado por múltiplos fatores e sua mensuração se dá por comparação a parâmetros estabelecidos. O conteúdo sobre

equidade em saúde se consolida pela explicitação de parâmetros que permitam a comparação de grupos sociais em relação às dadas necessidades com repercussão no estado de saúde. A construção da equidade em saúde assume dimensão política quando analisados os padrões científicos e morais aceitáveis que prevalecem em determinado Estado. A equidade é assumida como valor ético e pode ser considerada a mais política das virtudes⁴⁹. Não há dúvida de que a ruptura com a reprodução das iniquidades em saúde requer uma postura bastante pró-ativa de todos, a partir de uma ética de responsabilidade³². A demolição das barreiras impostas pelo racismo é uma escolha ética, em prol da vida inerente a um novo pacto social, em que o combate ao racismo sistêmico seja o elo de (re)ligação⁵⁰.

Notas práticas para a construção de um *ethos* antirracista em saúde bucal coletiva e o enfrentamento ao racismo sistêmico

Há um reconhecimento dos avanços nas políticas públicas para a saúde bucal dos brasileiros. A Política Nacional de Saúde Bucal, no âmbito do SUS, é um exemplo concreto⁵¹. A incorporação da perspectiva antirracista na sua implementação e operacionalização oportunizará reduzir as iniquidades raciais e incluir a população negra ao direito à saúde bucal (Quadro 1). O caso da atenção à saúde bucal às pessoas com doença falciforme é um exemplo de como as ações inerentes à política pública para saúde bucal das pessoas necessitam incorporar a dimensão racial⁵². A oferta adequada de serviços odontológicos deve enfrentar o racismo sistêmico como um produtor de iniquidades⁵³⁻⁵⁵.

Para um movimento na direção de um *ethos* antirracista em Odontologia são proposições:

1 - Assumir a equidade racial como marco referencial para quaisquer intervenções;

2 - Incorporar a perspectiva étnico-racial no ensino, na pesquisa e na extensão para os conteúdos de saúde bucal coletiva à luz da bucalidade⁴⁷, considerando especificamente a heterogeneidade das populações negras, seus territórios e/ou áreas geográficas, bem como, seus hábitos, costumes e valores locais e ancestrais;

3 - Incluir raça/cor/etnia como *proxy* em todas as intervenções a fim de viabilizar análises, tomadas de decisão por esse marcador social;

4 - Promover uma governança antirracista;

5 - Fomentar a produção do conhecimento científico, tecnologias e inovação – organização e produção de novos conhecimentos –, de modo

a responder a dúvidas persistentes e sustentar a tomada de decisões no campo da saúde bucal da população negra em espaços formais e, sobretudo, não-formais, oportunizando as soluções criativas produzidas pelas populações periféricas, de terreiros, das aldeias, nas ruas, dentre outras, de forma interseccional;

6 - Qualificar profissionais para a promoção de mudanças de comportamento de todos os profissionais da área, através da formação e capacitação adequados para lidar com a diversidade da sociedade brasileira e com as peculiaridades do processo saúde/doença/vida da população negra;

7 - Comunicar efetivamente com a população a partir do seu viver cotidiano, primando pela representatividade, diálogo, disseminação de informação e conhecimento, com ênfase nos territórios, nos hábitos de vida saudável, costumes e valores, para a prevenção de doenças, potencialidades e suscetibilidades em termos da saúde bucal, de modo a capacitá-la a identificar suas vulnerabilidades;

8 - Ofertar de forma estratégica e baseada em dados, atenção à saúde integral, integrada, multidimensional, multiprofissional e territorializada – inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde, incluindo crenças, costumes, hábitos, valores e práticas;

9 - Viabilizar, defender, oportunizar e garantir a ocupação de cargos ou posições de tomada de decisão por atores sociais com letramento racial crítico⁵⁶ bem como, participar das agendas em defesa da saúde bucal coletiva nas mobilizações pró-equidade racial;

10 - Financiar ou viabilizar financiamentos e dar sustentabilidade às ações e estratégias descolonizadoras que visem narrativas outrora silenciadas, invisibilizadas ou desqualificadas.

Tais proposições para serem efetivas devem extrapolar o domínio da saúde e se articularem entre demais setores, com Direitos Humanos, Igualdade Racial, Justiça, Habitação, Trabalho, Assistência Social, Alimentação e Nutrição, Esporte, Cultura e Educação. Pela Educação Superior, a Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2022, instituiu as diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em Odontologia⁵⁷ com a proposição de contribuir com a formação de um profissional crítico-reflexivo, humanístico e consciente sobre si e da sociedade e incluem, dentre competências do egresso, a perspectiva racial⁵⁷. Constitui-se forte aliada para um *ethos* an-

Quadro 1. Algumas notas práticas para o antirracismo em saúde bucal coletiva.

Ações ou Estratégias	População Negra				
	Ciclos de vida	Territórios	Renda	Acesso à saúde	Necessidades distintas
Planejar ações estratégicas para a saúde bucal na ciência, no campo, no núcleo e na práxis	Crianças Adolescentes Mulheres/ Homens Gestantes Adultos Idosos	Urbanos Periurbanos Rurais Periferias Vazios assistenciais	Escolaridade Empregabilidade Informalidade Programas sociais	Saneamento básico Alimentos Acesso aos serviços, insumos e sistemas de saúde	Quilombolas, ribeirinhos e outras comunidades tradicionais População em situação de rua Privados de liberdade LGBTQIA+ Imigrantes e refugiados Pessoas com doenças mais prevalentes na população negra
Incluir a dimensão racial como dispositivo de seleção, análise, monitoramento e avaliação das ações ou estratégias planejadas.					
Garantir processos seletivos, cursos de formação, programas de qualificação e espaços de tomada de decisão. Induzir uma agenda de estudos, pesquisas e formação de recursos humanos para e com letramento racial. Incorporar ações afirmativas raciais e de permanência.					
Adotar ações para reparação do processo histórico de escravização que atuam como barreiras de acesso.					
Ratificar o SUS como espaço privilegiado de formação e qualificação em saúde bucal coletiva e incorporar às diretrizes curriculares nacionais para a graduação em Odontologia, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana como garantias de fato, da população à saúde bucal como direito.					

Fonte: Autores.

tirracista ao contemplar na sua implementação, a dimensão étnico-racial⁵⁷.

A população negra é quem majoritariamente é usuária do SUS, por isso, os estágios supervisionados em Odontologia no SUS são mais um oportunidade para esse *ethos* antirracista, dada a sua intencionalidade, responsabilidades e objetivos⁵⁸. Trad *et al.*⁵⁹ propõem romper com o formato disciplinar e apostar nas práticas em territórios como eixo central da formação, tendo por base os questionamentos: que territórios podem proporcionar aprendizados significativos? O que levamos ao território e o que pretendemos aprender com ele? De que forma vamos construir conhecimento com as pessoas em vez de levar informação para as pessoas?

Em Saúde Coletiva, o estímulo no processo de ensino-aprendizagem parte do exercício da escuta sensível e respeitosa do Outro, a postura crítica e dialógica e a vigilância epistemológica com a finalidade de fomentar entre docentes e discentes olhares interdisciplinares e interprofissionais que potencializem a compreensão da saúde em meio a processos sociais, culturais, políticos e ideológicos⁵⁹. O desafio a ser superado e que também circunscreve o corpo docente refere-se

à existência de quadros universitários iletrados racialmente ou, ainda, baixa presença de docentes negros e negras. Logo, como também contribuição para o *ethos* antirracista em saúde bucal coletiva está também a aposta na Política de cotas no Brasil como ação afirmativa para reduzir tais desigualdades raciais.

Como nota prática final...

Os agentes atuantes para a saúde bucal coletiva devem atentar para essa convocação a fim de catalisar essa mudança ao promover um espaço de diálogo e de articulação entre pesquisadoras/es, profissionais de saúde, gestores, participação social, educadores, os movimentos sociais, a sociedade em geral, em busca da equidade, da justiça social e da democracia. Para isso, diante de qualquer situação³¹ olhem o problema e o analisem com atenção sobretudo às estruturas: das tomada de decisão – para “quem, o quê, quando e onde” –, das políticas – o “como” está escrito –, práticas e normas – o “como” não está inscrito –, e os valores – o “porquê”. Conclama-se a saúde bucal coletiva à condução do *ethos* antirracista como imperativo.

Nossa reflexão buscou estabelecer vínculos entre o ethos antirracista e a bucalidade, ambos como oportunidades à saúde bucal coletiva para enfrentar as enraizadas dinâmicas do racismo estrutural. Walsh⁴¹ nos fez esse convite ao indicar que é preciso explorar os vínculos entre o “pedagógico” e o “decolonial” percebendo a inclusão de experiências que se definem no caminho percorrido. É imperativo considerar as iniciativas que foram pautadas na solidariedade e na cooperação, na subversão favorecida por práticas comunitá-

rias e desobedientes. Por isso, qualquer proposta educacional terá que partir de uma escuta sensível (no sentido de rever as suas insuficiências em termos do que não conseguimos desnaturalizar... inclusive nos currículos) – algo que se confronta, que denuncia a violência também epistêmica e que pode gerar proposição de estratégias que nos levem a descolonizar nossos corpos e nossas práticas discursivas. Tal associação é fundamental para a saúde bucal coletiva que almejamos.

Colaboradores

A colaboração dos autores se deu em todas as etapas da elaboração do manuscrito.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
2. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, Celeste RK, Guarnizo-Herreño CC, Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt RG. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* 2019; 394(10194):249-260.
3. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, Weyant RJ, Mathur MR, Guarnizo-Herreño CC, Celeste RK, Peres MA, Kearns C, Benzian H. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet* 2019; 394(10194):261-272.
4. Wang TT, Mathur MR, Schmidt H. Universal health coverage, oral health, equity and personal responsibility. *Bull World Health Organ* 2020; 98(10):719-721.
5. Pucca GA, Gabriel Jr M, Araujo ME, Almeida FCS. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil. *J Dent Res* 2015; 94(10):1333-1337.
6. World Health Organization (WHO). *Non-communicable diseases WHO team. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030* [Internet]. 2022 [cited 2023 maio 1]. p. 8. Available from: <https://www.who.int/teams/non-communicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>.
7. World Health Organization (WHO). *Non-communicable diseases WHO team. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030* [Internet]. 2022 [cited 2023 maio 1]. p. 15. Disponível em: <https://www.who.int/teams/non-communicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>.
8. Fagundes MLB, Bastos LF, Amaral Júnior OLD, Menezes GR, Cunha ARD, Stein C, Iser BPM. Desigualdades socioeconômicas no uso de serviços odontológicos no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24:e210004.

9. Kilomba G. *Desobediências poéticas*. Curadoria Jochen Volz e Valéria Piccoli. São Paulo: Pinacoteca de São Paulo; 2019.
10. Paim P. Sobre 20 de novembro: com racismo, não há democracia [Internet]. *Nexo Jornal, Coluna Tribuna*; 2020 [acessado 2023 jan 7]. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/colunistas/tribuna/2020/Sobre-20-de-novembro-com-racismo-n%C3%A3o-h%C3%A1-democracia>.
11. Jones CP. Confronting institutionalized racism. *Phylon* 2003; 50(1-2):7-22.
12. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc* 2016; 25(3):535-549.
13. Ford CL. *CDC Director Declares Racism a Public Health Issue - My Initial Reflections* [Internet]. Center for the Study of Racism, Social Justice & Health; 2021 [cited 2023 jan 07]. Available from: <https://www.racialhealthequity.org/blog/2021/4/9/cdc-director-declares-racism-public-health-issue-my-initial-reflections>.
14. Eschner K. *Racism is undeniably a public health issue* [Internet]. *Popular Science*; 2020. [cited 2023 ago 9]. Available from: <https://www.popsci.com/story/health/racism-public-health/>.
15. Coalizão Negra por Direitos. *Manifesto: "Enquanto houver RACISMO, não haverá DEMOCRACIA"* [Internet]. Geledés; 2020 [acessado 2023 jan 7]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/manifesto-enquanto-houver-racismo-nao-haverademocracia/>.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acessado 2023 ago 7]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?=&t=notas-tecnicas>.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
18. Welch VA, Petkovic J, Jull J, Hartling L, Klassen T, Kristjansson E, Pardo JP, Petticrew M, Stott DJ, Thomson D, Ueffing E, Williams K, Young C, Tugwell P. Chapter 16. Equity and specific populations. In: Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, Welch V, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. 2nd ed. Hoboken: John Wiley & Sons; 2019. p. 435-449.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 992, de 13 de Maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial da União* 2009; 14 maio.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
21. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(2):135-141.
22. Terra e Souza LH, Diaz-Quijano FA, Barros MBA, Lima MG. Race (blackwhite) and sex inequalities in tooth loss: A population-based study. *PLoS One* 2022; 17(10):e0276103.
23. Souza EHAD, Oliveira PAPD, Paegle AC, Goes PSAD. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2063-2070.
24. Miranda LDP, 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.
25. Celeste RK, Darin-Mattsson A, Lennartsson C, Listl S, Peres MA, Fritzell MA. Social Mobility and Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res* 2022; 101(2):143-150.
26. Santos RV, Bastos JL, Kaingang JD, Batista LE. Cabem recomendações para usos de "raça" nas publicações em saúde? Um enfático "sim", inclusive pelas implicações para as práticas antirracistas. *Cad Saude Publica* 2022; 38(3):00021922.
27. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396(10258):1204-1222.
28. Mbembe A, Corcoran S. *Necropolitics*. Durham: Duke University Press; 2019.
29. Chrisini LA, Noronha, TG, Santos-Junior RB, Sampaio KH, Faria-E-Silva AL, Corrêa MB. Does the skin color of patients influence the treatment decision-making of dentists? A randomized questionnaire-based study. *Clin Oral Investig* 2019; 23(3):1023-1030.
30. Lamenha-Lins RM, Paiva SM, Prado IM, Assis Vieira AC, Pithon MM, Maia LC, Serra-Negra JM. Facial Type, Sex and Skin Color of Pediatric Patients Are Associated with Dental Students' Empathy and Self-Confidence During Dental Care. *J Dent Child (Chic)* 2022; 89(2):75-82.
31. Jones CP. In National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Policy and Global Affairs; Health and Medicine Division; Roundtable on Black Men and Black Women in Science, Engineering, and Medicine. In: Alexander M, Jones CP, Marrett CB, Bright C, Gamble VN, Hammonds EM, Laurencin CT, editors. *COVID-19 and the Present and Future of Black Communities: The Role of Black Physicians, Engineers, and Scientists: Proceedings of a Workshop*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2021
32. Fanon F. *Os condenados da terra*. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
33. Sevalho GD, Santos JV. Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira. *Cien Saude Colet* 2022; 27(3):937-946.
34. Gomes NL. Relações étnico-raciais, educação e descolonização dos currículos. *Curriculo Fronteiras* 2012; 12(1):98-109.
35. Santos Júnior MB, Correa MAC. Reflexões imagéticas: entre modelo educacional e práticas antirracistas. *BOCA* 2022; 9(27):98-114.
36. Flanagin A, Frey T, Christiansen SL. AMA Manual of Style Committee. Updated Guidance on the Reporting of Race and Ethnicity in Medical and Science Journals. *JAMA* 2021; 326(7):621-627.
37. Jamieson LM. Racism and oral health inequities; an introduction. *Community Dental Health* 2021; 131:38.
38. Jamieson L, Peres MA, Guarnizo-Herreño CC, Bastos JL. Racism and oral health inequities: An overview. *EClinicalMedicine* 2021; 34:100827.
39. Moura C. Escravismo, colonialismo, imperialismo e racismo. *Afro Asia* 1983; 14:124-137.

40. Estrada MM. Cap. 92. Frente al odio el amor: del imperio de la diferencia a un ethos decolonial. In: Oliveira Guidobono S, Martínez González AJ, coordinadores. *Identidades, segregación, vulnerabilidad. Hacia la construcción de sociedades inclusivas? Un reto pluridisciplinar*. Madrid: Dykinson; 2021. p. 1843-1859.
41. Walsh C, organizador. *Pedagogías Decoloniales: prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir*. 1ª ed. Equador: Abya Yala; 2013.
42. Kostuczenko K, Figueiredo DG, Figueiredo JW. Contribuições de Franz Fanon e Paulo Freire para a emergência de uma educação antirracista. *Rev Inter Ação* 2021; 46(ed. esp.):930-945.
43. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 84ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2019.
44. hooks b. *Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade*. São Paulo: Martins Fontes; 2013.
45. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena". *Diário Oficial da União*; 2008.
46. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. *Diário Oficial da União*; 2010.
47. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):7-17.
48. Ferreira EF, Ferreira RC, Botazzo C, Gomes VE, Rodrigues LG, Vargas AMD. A ciência da saúde coletiva por escrito: contribuição para estudos em saúde bucal coletiva. *Cien Saude Colet* 2020; 25(12):4875-4886.
49. Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad Saude Publica* 2005; 21(2):449-458.
50. Grupo Temático Racismo e Saúde. *Documento de planejamento* [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018 [acessado 2023 jan 7]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Planejamento-01-2018.pdf>.
51. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. *Diário Oficial da União*; 2023.
52. Santos MPA, Limia R, Masterson DT, Dias KHC. Sickle Cell Disease Literature. *JADA* 2021; 152(4):256-257.
53. Power-Hays A, McGann PT. When actions speak louder than words - racism and sickle cell disease. *N Engl J Med* 2020; 383(20):1902-1903.
54. Bulgin D, Tanabe P, Jenerette C. Stigma of sickle cell disease: A systematic review. *Issues Ment Health Nurs* 2018; 39(8):675-686.
55. Royal CDM, Babyak M, Shah N, Srivatsa S, Stewart KA, Tanabe P, Wonkam A, Asnani M. Sickle cell disease is a global prototype for integrative research and healthcare. *Adv Genet (Hoboken)* 2021; 2(1):e10037.
56. Pereira AL, Lacerda SSP. Letramento racial crítico: uma narrativa autobiográfica. *Travessias* 2019; 13(3):90-106.
57. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2021; 22 jun.
58. Noro L, Narvai PC. Estágio curricular supervisionado: o Sistema Único de Saúde no centro do processo. *Rev ABENO* 2021; 21(1):1744.
59. Trad LAB, Mota CS, López YAA. O ensino das ciências sociais e humanas na graduação em saúde coletiva: entre desafios e oportunidades de transgressões. *Saude Soc* 2019; 28(2):11-24.

Artigo apresentado em 14/08/2023

Aprovado em 15/12/2023

Versão final apresentada em 17/12/2023

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