

Rafaela de Oliveira Cunha¹
Diego Motinha Matos²
Isabel Cristina Gonçalves Leite³
Gracieli Prado Elias²

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

²Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

³Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

✉ **Rafaela Cunha**

Pós-graduação em Saúde Coletiva, Prédio do NATES, campus da Universidade Federal de Juiz de Fora, São Pedro, Juiz de Fora, Minas Gerais
CEP: 35010-180
✉ rafaeldoliveiracunha@gmail.com

Submetido: 19/11/2022
Aceito: 19/01/2023

RESUMO

Introdução: Existe uma vasta literatura que relaciona a desigualdade racial às disparidades nos resultados de saúde, revelando que esta é uma importante preditora do estado de saúde. Compreender as diferenças raciais nos padrões de acesso aos serviços de saúde é fundamental para o planejamento de ações e adequação dos serviços à realidade social da população. **Objetivo:** Identificar a influência da raça na falta de acesso a serviços odontológicos por universitários de uma instituição de ensino superior do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Material e Métodos:** Estudo transversal, tipo censo, realizado no formato de *web survey*. O desfecho foi a falta de acesso a serviços odontológicos. As variáveis independentes foram selecionadas com base no modelo teórico adaptado de Andersen e Davidson para o estudo. Realizaram-se análises bivariadas e regressão de Poisson robusta com intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** Participaram do estudo 1848 estudantes da Universidade Federal de Juiz de Fora. A prevalência de falta de acesso entre pretos e pardos foi de 9,8% e entre brancos e amarelos, 5,6%. Os resultados revelaram disparidades raciais na falta de acesso a serviços odontológicos, que foram explicadas por questões relacionadas ao serviço de saúde bucal e por características individuais de predisposição, capacitadoras e de necessidade. **Conclusão:** A raça consiste em um fator determinante para falta de acesso a serviços odontológicos, sendo que universitários pretos e pardos experimentam maior dificuldade de acesso, quando comparados aos brancos. Conclui-se que, para neutralizar as fontes de injustiça dentro do campo da saúde bucal, é necessário o aprimoramento e fortalecimento de políticas públicas que se pautem nos princípios de universalidade e equidade e reconheçam o papel da raça e outros marcadores sociais nos resultados de saúde bucal.

Palavras-chave: Disparidades em Assistência à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Bucal; Grupos Raciais.

ABSTRACT

Introduction: There is a vast literature that relates racial inequality to disparities in health outcomes, revealing that this is an important predictor of health status. Understanding racial differences in the patterns of access to health services is essential for planning actions and adapting services to the social reality of the population. **Objective:** Identify the influence of race on the lack of access to dental services by university students from a higher education institution in the municipality Juiz de Fora, Minas Gerais. **Material and Methods:** A cross-sectional study, of the census type, was carried out in the format of a web survey. The outcome was the lack of access to dental services. Independent variables were selected based on a theoretical model adapted from Andersen and Davidson for the present study. Bivariate analyzes and robust Poisson regression with 95% confidence intervals were performed. **Results:** A total of 1848 students from the Federal University of Juiz de Fora participated in the study. The prevalence of lack of access among blacks and browns was 9.8% and among whites and yellows, 5.6%. The results revealed racial disparities in the lack of access to dental services, which were explained by issues related to the oral health service and by individual characteristics of predisposition, enabling and need. **Conclusion:** Race is a determining factor for lack of access to dental services, with black and brown college students experiencing greater difficulty in accessing them when compared to white students. It is concluded that, in order to neutralize the sources of injustice inside the field of oral health, it is necessary to improve and strengthen public policies that are based on the principles of universality and equity and and recognize the role of race and other social markers in oral health outcomes.

Key-words: Healthcare Disparities; Health Services Accessibility; Dental Health Services; Racial Groups.

INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde representa um componente central do sistema de saúde e um elemento essencial para minimizar a lacuna de saúde entre os diferentes grupos socioeconômicos.¹ O termo acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm os serviços de saúde, contemplando tanto questões sócio organizacionais, quanto relações interpessoais, que podem favorecer ou não o ingresso dos indivíduos no sistema de saúde.²

Estudos recentes têm apontado para a existência de grandes desigualdades no acesso e na utilização dos serviços odontológicos pela população em geral, sendo que uma multiplicidade de fatores pode estar associada a essas desigualdades.³⁻⁵

As iniquidades em saúde são um tipo específico de desigualdade que denota diferenças injustas na saúde, reflexo da distribuição desigual de riscos e recursos em saúde para os diferentes grupos populacionais.⁶ As desigualdades socioeconômicas são decisivas para os problemas de saúde bucal, pois influenciam os hábitos alimentares, a higiene bucal e o uso de serviços odontológicos.⁷

Além disso, as disparidades raciais também afetam os padrões de saúde e doença na população, desempenhando um papel importante no desenvolvimento das desigualdades socioeconômicas em saúde bucal devido ao racismo estrutural arraigado na sociedade, bem como às experiências discriminatórias individuais.^{8,9} Estudos mostram que piores condições de saúde bucal acometem mais frequentemente indivíduos de cor preta e parda, com pouco acesso à educação e pertencentes a famílias de baixa renda.^{10,11}

Por muito tempo, o termo raça foi usado para descrever grupos biologicamente distintos de pessoas que supostamente tinham características de natureza inalterável. Contudo, hoje é amplamente reconhecido que a raça é exclusivamente uma categoria construída socialmente que especifica regras para que um grupo se beneficie ao dominar outros.¹²

Nesse sentido, a raça tem sido amplamente utilizada na literatura médica e de saúde pública para medir diferenças sociais nos resultados e tratamentos de saúde em países com heterogeneidade racial. Existe uma vasta literatura que relaciona a desigualdade racial às disparidades nos resultados de saúde, revelando que esta é uma importante preditora do estado de saúde.¹³ No entanto, a despeito do aumento recente, a produção brasileira sobre desigualdades raciais e iniquidades em saúde bucal ainda tem muito em que avançar.¹⁴⁻¹⁶

Uma compreensão das diferenças raciais e sociais nos padrões de acesso aos serviços de saúde é fundamental para o planejamento das ações e adequação dos serviços à realidade social da população.

Andersen e Davidson propuseram um modelo

teórico,¹⁷ amplamente utilizado na literatura, que inclui o acesso aos serviços odontológicos como um dos elementos que compõem os desfechos de saúde bucal. A versão expandida do modelo foi proposta pelos autores com o objetivo de desenvolver um modelo mais abrangente para explicar as diferenças raciais nos resultados em saúde.¹⁷ O modelo apresenta um foco maior nos efeitos da etnicidade racial e na idade, chamadas de variáveis exógenas, para avaliação sistemática das diferenças na multiplicidade de fatores que influenciam a saúde bucal. Segundo os autores, essas variáveis exógenas, influenciam fatores denominados "determinantes primários de saúde", que se relacionam às características pessoais dos usuários (reunidas nos subgrupos: fatores de predisposição, recursos capacitadores e fatores de necessidade) e ao sistema de atenção à saúde bucal. Esses determinantes primários, por sua vez, influenciam e são influenciados pelos comportamentos de saúde bucal, fatores que estão relacionados às práticas pessoais de saúde bucal e ao uso formal destes serviços. Por fim, os comportamentos de saúde bucal influenciam e são influenciados pelos desfechos em saúde bucal, dentre eles se encontra o acesso aos serviços de saúde, incluído na categoria de satisfação do paciente.¹⁷

O desenvolvimento de estudos sobre o acesso aos serviços de saúde é considerado de fundamental importância pois permite caracterizar a população usuária, identificar suas condições de saúde, motivações e a obtenção ou não do serviço, aspectos que são fundamentais para o planejamento e organização das ações de saúde.¹⁸

De maneira geral, os estudos sobre as iniquidades nos serviços de saúde bucal têm utilizado como desfecho o uso desses serviços, seja ele de forma recente ou regular. Essa abordagem, contudo, acaba por não incluir aqueles indivíduos que precisaram e buscaram o serviço, mas não conseguiram obter atendimento. Acredita-se que conhecer os fatores que se caracterizam como barreiras à obtenção de atendimento pelos indivíduos que buscam atenção à saúde é fundamental para redução das desigualdades e melhoria das condições de saúde bucal da população.

Nesse sentido, e considerando a raça como um importante marcador das desigualdades em saúde bucal, objetivou-se identificar a influência da raça na falta de acesso a serviços odontológicos por universitários de uma instituição de ensino superior pública do município de Juiz de Fora, Minas Gerais (MG).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, do tipo censo, realizado com universitários matriculados em 2021 na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). A universidade pública encontra-se sediada na cidade de Juiz de Fora (MG), possuindo também um *campus*

avançado em Governador Valadares (MG) e oferta anualmente cerca de 4500 vagas para ingresso em mais de 60 cursos de graduação presencial.

Foram incluídos no estudo todos os alunos de graduação da UFJF no ano de 2021. Considerou-se como perda amostral os estudantes que não deram retorno ao questionário da pesquisa enviado por *e-mail* após três tentativas de contato, com intervalo de tempo de aproximadamente 1 mês entre as tentativas.

A coleta de dados foi realizada durante a pandemia de COVID-19, entre maio e novembro de 2021. O questionário, construído na plataforma Google Formulários, foi enviado por e-mail para todos os alunos pela Diretoria de Imagem Institucional da UFJF, sendo seu acesso condicionado à anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário foi composto por 40 questões objetivas referentes a características demográficas e socioeconômicas, informações relacionadas ao curso do graduando, seu ingresso na Universidade e questões referentes ao uso de serviços odontológicos e às condições de saúde bucal. O instrumento de coleta foi pré-testado e ajustado em um estudo piloto realizado com 23 universitários. A partir desse estudo piloto foi possível estimar o tempo de respostas em torno de quatro minutos e realizar modificações no instrumento,

a fim de se melhorar a compreensão e interpretação das questões.

O desfecho do estudo foi a falta de acesso aos serviços odontológicos, obtida pelas perguntas: "Nos últimos 24 meses, você procurou atendimento com dentista?" e "Você conseguiu ser atendido pelo dentista?". Caracterizou-se como falta de acesso a resposta "sim" para primeira pergunta e "não" para a segunda.

Foi utilizado um modelo teórico conceitual adaptado de *Aging, Ethnicity and Oral Health Outcomes*, proposto por Andersen e Davidson para a seleção das variáveis independentes (Figura 1).¹⁷ Este modelo foi utilizado para direcionar a análise em três blocos. A variável raça, obtida através de autodeclaração pelo indivíduo conforme cinco categorias (branco, preto, pardo, amarelo e indígena), foi a única variável exógena incluída e categorizada em dois grupos: preto ou pardo e branco ou amarelo. O bloco "determinantes primários de saúde bucal" incluiu variáveis relacionadas ao serviço de saúde bucal (tipo de serviço utilizado) e às características pessoais dos indivíduos, que, por sua vez, são agrupadas em fatores de predisposição (idade, gênero, estado civil e escolaridade materna), recursos capacitadores (renda familiar mensal e situação de trabalho) e fatores de necessidade (satisfação com a

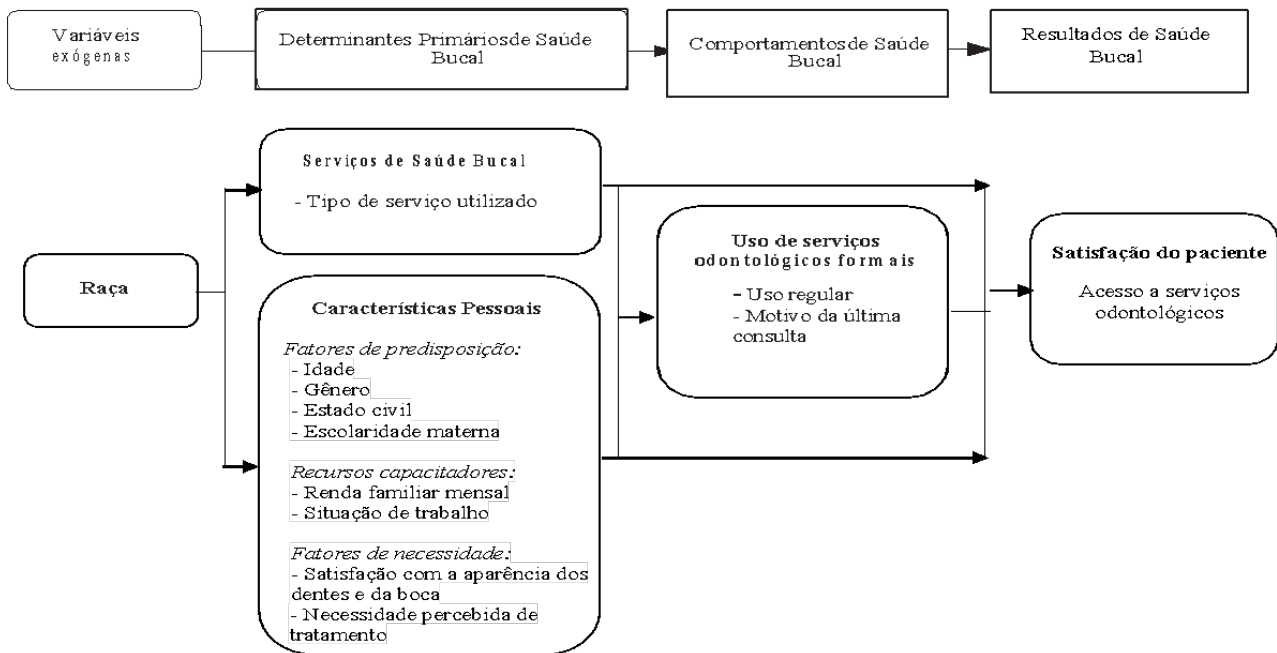


Figura 1: Modelo conceitual teórico adaptado para o estudo.

aparência dos dentes e da boca e necessidade percebida de tratamento odontológico). Por fim, o último bloco, denominado "comportamentos de saúde bucal", foi composto por variáveis relacionadas ao uso formal de serviços odontológicos, sendo elas: uso de serviços de forma regular e motivo da última consulta odontológica.

Para a análise dos dados, utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0 para *Windows*. Foram realizadas análises bivariadas entre o desfecho e as variáveis independentes do modelo conceitual teórico. Entraram na análise multivariada as variáveis com valor de $p < 0,05$. Utilizou-se Regressão de Poisson robusta para estimativa das razões de prevalências ajustadas adotando-se intervalos de confiança de 95%. Após o ajuste das variáveis em cada bloco, as variáveis que apresentaram $p < 0,05$ foram selecionadas para ajustar o bloco subsequente, até a obtenção do modelo final.

Este estudo está inserido na pesquisa "Uso de serviços odontológicos e fatores associados entre jovens universitários", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer número 4.617.665.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 1848 estudantes de cursos de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora, que correspondeu a uma taxa de resposta de 46% do total de 3981 graduandos matriculados no ano de 2021.

Destes, 70,5 % encontravam-se na faixa etária de 18 a 24 anos, sendo a média de idade de 24 anos ($DP \pm 8,69$). A maioria declarou cor de pele branca ou amarela (58,2%), renda familiar mensal entre 1,5 e 3 salários mínimos (salário mínimo vigente: R\$ 1100,00) (31,7%), estado civil solteiro (87,2%) e não trabalhar (70,3%). Os que relataram uso de serviços odontológicos privados totalizaram 83,2%. A Tabela 1 mostra a frequência das variáveis investigadas na população de estudo.

A prevalência de falta de acesso entre pretos e pardos foi de 9,8% e entre brancos e amarelos, 5,6%. A Tabela 2 mostra as razões de prevalência brutas das variáveis estudadas para o desfecho falta de acesso a serviços odontológicos.

As razões de prevalência ajustadas são descritas na Tabela 3.

No primeiro bloco de análise do modelo, composto pela variável exógena, a raça dos indivíduos esteve associada com a falta de acesso a serviços odontológicos (RP= 1,73; IC95% 1,20-2,50).

Ao se realizar o ajuste pelas variáveis do bloco Determinantes Primários de Saúde Bucal, contudo, tal associação não se manteve estatisticamente significativa. No modelo final, permaneceram associados ao desfecho: tipo de serviço utilizado (RP= 1,07; IC95% 1,04-1,11), idade (RP= 1,02; IC95% 1,01-1,03), escolaridade materna (RP= 1,03; IC95% 1,01-1,06), renda familiar mensal (RP= 0,95; IC95% 0,93-0,97), satisfação com a aparência dos dentes e boca (RP= 1,02; IC95% 1,01-1,03) e necessidade percebida de tratamento odontológico (RP= 1,02; IC95% 1,01-1,03).

Tabela 1: Características da população estudada distribuídas pelo desfecho investigado.

Variável	Acesso a serviços odontológicos			
	Buscaram e não obtiveram		Buscaram e obtiveram	
	n	%	n	%
Variável exógena				
<i>Raça</i>				
Preta/ parda	57	53,8	527	39,1
Branca/ amarela	49	46,2	821	60,9
Determinantes primários de saúde bucal				
<i>Tipo de serviço utilizado</i>				
Público	42	40	151	11,2
Privado	63	60	1198	88,8
<i>Características pessoais</i>				
<i>Idade</i>				
18 a 24 anos	64	60,4	989	73,3
25 a 59 anos	42	39,6	349	25,9
60 anos ou mais	0	0	12	0,9
<i>Gênero</i>				
Feminino cisgênero	65	61,3	957	70,9
Masculino cisgênero	37	34,9	380	28,1

Transgênero, agênero ou não binário	4	3,8	13	1,0
<i>Estado civil</i>				
Solteiro	92	86,8	1186	87,9
Casado/divorciado/viúvo	14	13,2	164	12,1
<i>Escolaridade materna</i>				
Não estudou/ensino fundamental incompleto	21	20,0	247	18,4
Ensino fundamental completo/médio incompleto	21	20,0	126	9,4
Ensino médio completo/superior incompleto	38	36,2	465	34,7
Ensino superior completo/pós-graduação	25	23,8	501	37,4
<i>Renda familiar mensal</i>				
Até 1, 5 salário mínimo	51	48,1	284	21,0
De 1,5 a 3 salários mínimos	38	35,8	413	30,6
De 3 a 6 salários mínimos	14	13,2	377	27,9
Mais de 6 salários mínimos	3	2,8	276	20,4
<i>Situação de trabalho</i>				
Trabalha	28	26,4	395	29,3
Não trabalha	78	73,6	955	70,7
<i>Satisfação com a aparência dos dentes e boca</i>				
Muito satisfeito/satisfeito	28	26,4	798	59,1
Muito insatisfeito/insatisfeito/nem satisfeito, nem insatisfeito	78	73,6	552	40,9
<i>Necessidade percebida de tratamento odontológico</i>				
Não	4	3,8	501	37,1
Sim	102	96,2	849	62,9
Comportamentos de saúde bucal				
<i>Uso regular de serviços odontológicos</i>				
Sim	27	25,5	662	49,0
Não	79	74,5	688	51,0
<i>Motivo da última consulta odontológica</i>				
Preventivo	43	40,6	850	63,0
Sintomático	63	59,4	500	37,0

Tabela 2: Razões de prevalência brutas das variáveis selecionadas de acordo com o modelo adaptado de Andersen e Davidson para o desfecho falta de acesso a serviços odontológicos.¹⁷

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p*
Variável exógena			
<i>Raça</i>			0,003
Preto ou pardo	9,8	1,73 (1,20-2,50)	
Branco ou amarelo	5,6	1	
Determinantes primários de saúde bucal			
<i>Tipo de serviço odontológico</i>			<0.001
Privado	5,0	0,23 (0,16-0,33)	
Público	21,8	1	
<i>Idade</i>			0,001
18 a 22 anos	5,5	0,54 (0,38-0,79)	

22 anos ou mais	9,9	1	
<i>Gênero</i>			0,035
Feminino cisgênero	6,4	1,10 (0,98-1,23)	
Masculino cisgênero	8,9	1,08 (0,96-1,21)	
Transgênero, agênero ou não binário	23,5	1	
<i>Estado civil</i>			0,749
Solteiro	7,2	0,91 (0,53-1,57)	
Casado/divorçado/viúvo	7,9	1	
<i>Escolaridade materna</i>			0,007
Não estudou/ensino fundamental incompleto	7,8	0,98 (0,97-1,00)	
Ensino fundamental completo/médio incompleto	14,3	0,95 (0,92-0,98)	
Ensino médio completo/superior incompleto	7,6	0,99 (0,97-1,00)	
Ensino superior completo/pós-graduação	4,8	1	
<i>Renda familiar mensal</i>			0,034
Até 1, 5 salário mínimo	15,2	0,93 (0,91-0,95)	
De 1,5 a 3 salários mínimos	8,4	0,96 (0,95-0,98)	
De 3 a 6 salários mínimos	3,6	0,99 (0,98-0,99)	
Mais de 6 salários mínimos	1,1	1	
<i>Trabalho</i>			0,535
Sim	6,6	0,88 (0,58-1,33)	
Não	7,6	1	
<i>Satisfação com a aparência dos dentes e boca</i>			<0.001
Muito satisfeito/satisfeito	3,4	0,27 (0,18-0,42)	
Muito insatisfeito/insatisfeito/nem satisfeito, nem insatisfeito	12,4	1	
<i>Necessidade percebida de tratamento odontológico</i>			<0.001
Não	0,8	0,07 (0,03-0,20)	
Sim	10,7	1	
Comportamentos de saúde bucal			
<i>Uso de forma regular</i>			<0.001
Sim	3,9	0,38 (0,25-0,58)	
Não	10,3	1	
<i>Motivo da última consulta</i>			<0.001
Preventivo	4,6	0,37 (0,26-0,54)	
Urgência	12,2	1	

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança.

*Teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3: Razões de prevalência ajustadas de acordo com o modelo adaptado de Andersen e Davidson para a falta de acesso a serviços odontológicos.¹⁷

Variável	%	RP variável exógena (IC95%)	p*	RP ajustada pelo bloco	p**	RP ajustada pelo bloco	p**
Variável exógena							
<i>Raça</i>			0,003		0,311	-	-
Preto ou pardo	9,8	1,73 (1,20-2,50)		0,99 (0,98-1,01)			
Branco ou amarelo	5,6	1		1			
Determinantes primários de saúde bucal							
<i>Tipo de serviço odontológico</i>					<0,001		<0,001
Privado				1,07 (1,04-1,11)		1,07 (1,04-1,11)	
Público				1		1	
<i>Idade</i>					0,007		0,010
18 a 22 anos				1,02 (1,01-1,04)		1,02 (1,01-1,03)	
22 anos ou mais				1		1	
<i>Gênero</i>					0,146	-	-
Feminino cisgênero				1,09 (0,97-1,23)			
Masculino cisgênero				1,08 (0,95-1,21)			
Transgênero, agênero ou não binário				1			
<i>Escolaridade materna</i>					0,009		0,008
Não estudou/ensino fundamental incompleto				1,03 (1,01-1,06)		1,03 (1,01-1,06)	
Ensino fundamental completo/médio incompleto				0,99 (0,96-1,02)		0,98 (0,96-1,02)	
Ensino médio completo/superior incompleto				1,01 (0,99-1,03)		1,03 (0,99-1,03)	
Ensino superior completo/pós-graduação				1		1	
<i>Renda familiar mensal</i>					<0,001		<0,001
Até 1, 5 salário mínimo				0,95 (0,92-0,97)		0,95 (0,93-0,97)	
De 1,5 a 3 salários mínimos				0,98 (0,96-0,99)		0,98 (0,97-0,99)	
De 3 a 6 salários mínimos				0,99 (0,98-1,00)		0,99 (0,98-1,00)	
Mais de 6 salários mínimos				1		1	
<i>Satisfação com a aparência dos dentes e boca</i>					0,005		0,011
Muito satisfeito/satisfeito				1,02 (1,01-1,04)		1,02 (1,01-1,03)	

Muito insatisfeito/ insatisfeito/nem satisfeito, nem insatisfeito	1	1	
<i>Necessidade percebida de tratamento odontológico</i>		< 0.001	< 0.001
Não	1,03 (1,02-1,04)	1,02 (1,01-1,03)	
Sim	1	1	
Comportamentos de saúde bucal			
<i>Uso de forma regular</i>			0,193
Sim		1,01 (0,99-1,03)	
Não		1	
<i>Motivo da última consulta</i>			0,321
Preventivo		1,01 (0,99-1,03)	
Urgência		1	

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança.

*Teste qui-quadrado de Pearson.

**Regressão de Poisson com variância robusta.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelaram disparidades raciais no acesso a serviços odontológicos entre estudantes universitários. A prevalência de falta de acesso por indivíduos pretos e pardos (9,8%) foi quase o dobro da relatada por brancos e amarelos (5,6%). Estudos realizados com outras populações também identificaram desigualdades raciais tanto no acesso a serviços odontológicos,^{8,9,19,20} quanto em resultados normativos e subjetivos de saúde bucal.^{19,21,22,23,6,24} Ademais, já se sabe que a população negra brasileira, além de ter menor probabilidade de visita aos serviços de saúde e possuir menor cobertura de seguro saúde, é também mais propensa a ser maltratada por um profissional de saúde.^{8,20,25} O presente estudo avança na pesquisa de iniquidades raciais de saúde bucal ao trazer dados sobre a população universitária, composta em sua maior parte por jovens, uma faixa etária pouco investigada na literatura. Além disso, evidencia que, à exemplo das políticas de cotas raciais, introduzidas nas universidades públicas brasileiras a partir de 2012, que ampliaram significativamente o ingresso de pessoas negras no ambiente universitário, são necessárias políticas mais amplas que atuem na diminuição de barreiras de acesso a serviços de saúde bucal também por essa população, mitigando mais uma face das inúmeras iniquidades vivenciadas por pretos e pardos no país.

O racismo tem sido apontado como causa

fundamental das disparidades em saúde.²⁶ Esse sistema de opressão incorpora vários recursos flexíveis que beneficiam os indivíduos brancos, seja em níveis psicológicos, estruturais, individuais e sociais, o que é reflexo de processos sócio-históricos como a escravidão. A relação entre raça e desigualdades em saúde perpassa o status socioeconômico e inclui também relações de poder, prestígio, efeitos de vizinhança, estigmatização e discriminação, capazes de promover diferenças raciais significativas na saúde bucal.^{26,27}

O modelo comportamental expandido proposto por Andersen e Davidson propõe a utilização da "etnia" como uma variável exógena,¹⁷ justamente com o objetivo de desenvolver um modelo mais abrangente capaz de explicar as diferenças raciais nos resultados de saúde. Com base nesse modelo, ao utilizar a raça como variável exógena, os resultados do presente estudo mostraram que estudantes autodeclarados pretos e pardos tiveram 73% mais probabilidade de experienciar a falta de acesso a serviços odontológicos em comparação com os estudantes brancos e amarelos (RP= 1,73; IC95% 1,20-2,50). Esses resultados corroboram com outros estudos que identificaram desvantagens importantes da população negra no acesso e no uso de serviços odontológicos.^{20,28,29} Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostraram que pessoas pretas se consultam menos em serviços odontológicos quando comparadas às brancas.²⁸ A prevalência de uso de serviços odontológicos nos últimos 12 meses foi de 43,8% para pretos e de 55% para brancos.²⁸ O estudo

realizado por Souza et al²⁹ com idosos demonstrou que 21,2% dos idosos brancos visitaram o dentista no último ano, enquanto para os negros o valor foi de 14,2%. Constante, Marinho e Bastos,²⁰ através da análise de três inquéritos domiciliares nacionais (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 e Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019), identificaram que a percepção da dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi maior entre os negros do que entre os brancos em todo o período de observação e em todas as regiões geográficas brasileiras.

Os resultados deste estudo ratificam também pesquisas anteriores que apontam para a influência de determinantes sociais de saúde nas disparidades raciais de acesso a serviços odontológicos e nos resultados de saúde bucal^{6,8,29}. Ao inserir no modelo as variáveis relacionadas às características pessoais, do sistema de saúde (do segundo bloco) e aos comportamentos de saúde (terceiro bloco), a raça perdeu significância, mas outros fatores socioeconômicos permaneceram associados ao desfecho no modelo final.

Estudantes que relataram utilizar serviços odontológicos privados apresentaram 7% mais probabilidade de experienciar a falta de acesso (RP= 1,07; IC95% 1,04-1,11). Estima-se que ao menos 80% da população brasileira seja dependente de cuidados odontológicos exclusivamente públicos³⁰, portanto o financiamento de serviços privados é, de fato, uma barreira ao acesso de grande parte da população a esses serviços. Sendo assim, é fundamental que o SUS esteja preparado para contrabalançar as injustiças sociais mais amplas que permeiam os padrões de saúde e doença dos brasileiros, o que só é possível com a continuidade de políticas públicas que possibilitem a oferta de serviços de saúde baseados nos princípios de universalidade e equidade.

A análise também revelou que estudantes dos menores estratos de renda apresentaram 5% menos probabilidade de falta de acesso a serviços odontológicos (RP= 0,95; IC 95% 0,93-0,97). Esse resultado parece se contrapor aos resultados de outros estudos que identificaram que indivíduos com menor renda experimentam persistentemente uma saúde bucal significativamente pior e acesso dificultado aos serviços odontológicos do que a aqueles com maior renda familiar mensal.^{31,32} Contudo, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostraram que o pagamento por consultas odontológicas aumenta de acordo com a elevação dos estratos socioeconômicos e,²⁸ dessa forma, indivíduos com menor renda tendem a utilizar exclusivamente os serviços odontológicos públicos. Por um lado, esse resultado pode ser produto do exercício do princípio da equidade no Sistema Único de Saúde, que viabiliza maior alcance da população mais vulnerável ao sistema de saúde, o que poderia minimizar as iniquidades de saúde bucal da população. Por outro lado, essa associação traz à tona uma possível problemática:

a operacionalização de um modelo de universalização excludente, fruto do atual contexto político, econômico e social do país. As políticas de austeridade fiscal e a diminuição do financiamento das políticas públicas de saúde, tem culminado em um SUS seletivo, excludente, de baixos recursos e voltado para os pobres, distante dos princípios de equidade, universalidade e integralidade.

A associação entre a idade e a falta de acesso aos serviços odontológicos foi consistente com a literatura. Os estudantes com menor idade apresentaram 2% mais probabilidade de falta de acesso (RP= 0,54; IC 95% 0,38-0,79). A juventude é um período marcado por transformações psicológicas, comportamentais e físicas, além da aquisição de maior autonomia, que refletem na saúde integral dos jovens. Os comportamentos displicentes, as atitudes de rebeldia e a não percepção de vulnerabilidade, aumentam o risco de desenvolver doenças bucais nesta população.^{33,34} Aliado a isso, por se tratar de jovens universitários, grande parte dos estudantes residem em outras cidades para estudar em uma instituição de ensino superior pública, com isso a autonomia perpetua em todos os setores da vida. Por consequência, a saúde bucal pode ser negligenciada devido a outras preocupações como adaptação, rigor acadêmico, questões financeiras e afastamento familiar.³⁵

Em relação à escolaridade materna, universitários cujas mães possuíam menor nível de escolaridade apresentaram 3% mais probabilidade de falta de acesso a serviços odontológicos (RP= 1,03; IC 95% 1,01-1,06), o que é consistente com evidências científicas que mostram que famílias mais escolarizadas podem ter maiores níveis de conhecimento sobre cuidados bucais preventivos, bem como o acesso aos serviços odontológicos.³⁶ Além disso, as mães, por serem consideradas modelos sociais de comportamento de saúde para seus filhos, possuem um papel central na transferência de ensinamentos e exemplo na saúde bucal dos seus filhos, sendo assim, um baixo nível de escolaridade materna pode ser um fator relacionado à baixa literacia em saúde bucal.³⁷

Sobre os fatores relacionados à necessidade, sabe-se que a autopercepção de saúde bucal mede o valor atribuído à saúde bucal e determina a probabilidade de busca por cuidados pelo indivíduo com o objetivo de atingir um estado de saúde bucal ideal³⁸. Nesse sentido, os resultados mostraram que estudantes satisfeitos com a aparência dos dentes e da boca (RP= 1,02; IC 95% 1,01-1,04) e com falta de percepção de necessidade de tratamento (RP= 1,02; IC 95% 1,01-1,03) apresentaram maior probabilidade de falta de acesso (RP= 1,02; IC 95% 1,01-1,03). A procura por maior satisfação pessoal com a aparência consiste em uma das principais motivações para a busca por tratamentos odontológicos,³⁹ portanto o fato de os indivíduos estarem satisfeitos com a aparência e não perceberem necessidade de assistência, pode levá-los a

usar menos esses serviços.

Embora no modelo final a raça não tenha permanecido associada ao desfecho investigado, os resultados mostraram a existência de desigualdades no acesso entre os grupos raciais, sendo que outros fatores socioeconômicos se mostraram importantes para explicar essas diferenças.

Apesar deste resultado, é evidente na nossa sociedade que os grupos raciais não têm as mesmas oportunidades sociais. A falta de associação da raça após ajuste pode estar relacionada à natureza da população estudada no presente artigo. A despeito das políticas de cotas raciais, que possibilitaram a democratização do ensino superior e ampliação do acesso pela população negra, reconhece-se que a população universitária compõe ainda um grupo privilegiado, não refletindo o restante da população negra brasileira.

Além disso, sabe-se que as desigualdades de saúde refletem desigualdades mais abrangentes na sociedade, como raça, posição socioeconômica e gênero, que influenciam a saúde dos brasileiros por meio de diferentes relações e com magnitudes diversas.⁴⁰

Muitas investigações têm fornecido evidências sobre a existência de iniquidades raciais em saúde bucal. Os estudiosos concordam amplamente que as minorias raciais e étnicas frequentemente carregam o maior fardo das doenças bucais, que existem lacunas consideráveis entre os grupos raciais privilegiados e desfavorecidos e que essas as desigualdades raciais em saúde bucal tendem a persistir ao longo do tempo e no espaço.¹⁴

Assim como no presente estudo, muitos estudos relacionaram as diferenças raciais em saúde bucal às desigualdades socioeconômicas, apontando a complexidade e desafios desse entrecruzamento.^{14,24,40}

Contudo, uma corrente de estudos mais recente, tem mostrado que as diferenças socioeconômicas entre grupos raciais e étnicos refletem apenas um dos múltiplos mecanismos pelos quais o sistema de opressão racial atuante na sociedade afeta a saúde bucal. Autores como Bastos et al¹⁴ e Jamieson et al¹⁵ apontam que o racismo, enquanto um sistema que atravessa as dimensões institucionais, culturais e comportamentais da vida social, também molda as desigualdades raciais na saúde bucal por meio de caminhos não econômicos interconectados. Estes incluem uma gama de recursos, nomeadamente poder (ou seja, a extensão em que um grupo social exerce controle sobre os outros), prestígio (honra ou deferência ligada a um indivíduo ou grupo social), liberdade (a capacidade de controlar as próprias circunstâncias de vida e ações), contexto da vizinhança e cuidados de saúde.

Este estudo apresentou algumas limitações. Primeiramente, por ser um estudo transversal, relações de causa e efeito não podem ser determinadas. Além disso, deve-se considerar que a motivação do indivíduo em participar do estudo pode influenciar nos padrões

de resposta. Por exemplo, indivíduos que atribuem maior importância à saúde bucal podem se sentir mais motivados a participar do estudo; por outro lado, indivíduos com maior necessidade de tratamento também podem ter maior interesse em participar do estudo. Dessa forma, alguns parâmetros podem ter sido super ou subestimados.

São necessários mais estudos que investiguem o papel de outras vias através das quais a raça e o racismo podem afetar a saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos, para além das influências e do entrecruzamento com fatores socioeconômicos. Considera-se que mitigar ou mesmo eliminar as desigualdades raciais na saúde bucal requer o envolvimento com teorias e ferramentas conceituais das ciências humanas e sociais que tratam a raça como parte de um sistema opressor com raízes históricas e consequências terríveis até os dias de hoje.¹⁴ Como dito por Constante, Marinho e Bastos,²⁰ a porta está aberta, mas nem todos podem entrar.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo revelaram diferenças no acesso a serviços odontológicos entre universitários negros e brancos, sendo que universitários pretos e pardos experimentam maior dificuldade de acesso, quando comparados aos brancos. De acordo com o modelo, as disparidades de raça/cor na falta de acesso são explicadas por questões relacionadas ao serviço de saúde bucal (tipo de serviço utilizado), bem como por características individuais de predisposição (idade, escolaridade materna), capacitadoras (renda familiar) e de necessidade (satisfação com a aparência e necessidade percebida).

Destaca-se que é imperativo que os pesquisadores e os formuladores de políticas levem em consideração a raça, bem como outros marcadores de diferença social, para descrever a distribuição injusta de resultados em saúde bucal e, assim, conseguir explicar e neutralizar as fontes de injustiça dentro e fora do campo da saúde bucal. Apenas o desenvolvimento de estratégias para lidar com o racismo sistêmico afetará com sucesso as lacunas raciais na saúde bucal. Nesse sentido, a implementação de estratégias intersetoriais abrangentes para dismantlar o racismo estrutural, juntamente com uma forte regulamentação política, são necessárias para erradicar as desigualdades de saúde bucal baseadas na raça na sociedade contemporânea.

Além disso, destaca-se que as diferenças raciais no acesso à saúde persistirão se as políticas públicas continuarem a minimizar a importância dos princípios de universalidade e equidade no Sistema Único de Saúde. É necessário o aprimoramento e o fortalecimento de políticas de saúde no Brasil que visem mitigar e eliminar as desigualdades em saúde bucal persistentes no país.

REFERÊNCIAS

1. Vieira JMR, Rebelo MAB, Martins NMO, Gomes JFF, Vettore MV. Contextual and individual determinants of non-utilization of dental services among Brazilian adults. *J Public Health Dent.* 2019; 79(1):60-70.
2. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(10):2490-502.
3. Gomes AMM, Thomaz EBAF, Alves MTSSB, Silva AAM, Silva RA. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014; 19(2):629-40.
4. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013. National Health Survey. *Rev Saude Publica.* 2017; 51(suppl 1):3s.
5. Herkrath FJ, Vettore MV, Werneck GL. Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model. *BMC Public Health.* 2020; 20(1):1-13.
6. 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.
7. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019; 394 (10194):249-60.
8. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 31(2):135-41.
9. Bastos JL, Celeste RK, Paradies YC. Racial inequalities in oral health. *J Dent Res.* 2018; 97(8):878-86.
10. Bastos JL, Boing AF, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2008. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(Supl. 2):S141-S153.
11. Boing AF, Bastos JL, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Social determinants of health and dental caries in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2010. *Rev Bras Epidemiol.* 2014; 17(Supl. 2):102-15.
12. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet.* 2017; 389(10077):1453-63.
13. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015; 10(9):e0138511.
14. Bastos JL, Constante HM, Celeste RK, Haag DG, Jamieson LM. Advancing racial equity in oral health (research): more of the same is not enough. *Eur J Oral Sci.* 2020; 128(6):459-66.
15. Jamieson L, Peres MA, Guarnizo-herreno CC, Bastos JL. Racism and oral health inequities: an overview. *E Clinical Medicine.* 2021; 34:100827.
16. Lamenha-lins RM, Souza GLN, Feirreira FM, Paiva SM, Bastos JL, Serra-Negra JM. Racismo estrutural e saúde bucal. 1. ed. Belo Horizonte: Comissão Editorial FAO UFMG; 2022.
17. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res.* 1997; 11(2):203-9.
18. Fonseca SGO, Fonseca EP, Meneghim MC. Factors associated with public dental service use by adults in the state of Sao Paulo, Brazil, 2016. *Cien Saude Colet.* 2019; 25(1):365-74.
19. Han C. Oral health disparities: racial, language and nativity effects. *SSM Popul Health.* 2019; 8:100436.
20. Constante HM, Marinho GL, Bastos JL. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. *Cien Saude Colet.* 2021; 26(9):3981-90.
21. Cohen LA, Bonito AJ, Eicheldinger C, Manski RJ, Macek MD, Edwards RR et al. Behavioral and socioeconomic correlates of dental problem experience and patterns of health care-seeking. *J Am Dent Assoc.* 2011; 142(2):137-49.
22. Wu B, Liang J, Plassman BL, Remle RC, Bai L. Oral health among white, black, and Mexican-American elders: an examination of edentulism and dental caries. *J Public Health Dent.* 2011; 71(4):308-17.
23. Kelesidis, N. A racial comparison of sociocultural factors and oral health perceptions. *J Am Dent Hyg Assoc.* 2014; 88(3):173-82.
24. Huang DL, Park M. Socioeconomic and racial/ethnic oral health disparities among US older adults: oral health quality of life and dentition. *J Public Health Dent.* 2015; 75(2):85-92.
25. Cabral ED, Caldas Júnior AF, Cabral HAM. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(6):461-6.
26. Phelan JC, Link BG. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annu Rev Sociol.* 2015; 41:311-30.

27. Costa F, Wendt A, Costa C, Chisini LA, Agostini B, Neves R et al. Racial and regional inequalities of dental pain in adolescents: Brazilian National Survey of School Health (PeNSE), 2009 to 2015. *Cad Saude Publica*. 2021; 37:e00108620. Brazil. *Braz J Oral Sci*. 2016; 15(1):8-15.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa nacional de saúde: 2019; informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
29. Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(8):2063-70.
30. Probst LF, Pucca Junior GA, Pereira AC, Carli AD. Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal: revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet*. 2019; 24(12):4437-48.
31. Watt RG, Venturelli R, Daly B. Understanding and tackling oral health inequalities in vulnerable adult populations: from the margins to the mainstream. *Br Dent J*. 2019; 227(1):49-54.
32. Teixeira AKM, Angelo GR, Noro LRA. Inequalities in dental care during the life course of young people: a cohort study. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(1):249-58.
33. Bottan EA, Vitoretto AJ, Santi DG, Silveira EG. Percepção de adolescentes sobre as competências essenciais ao cirurgião-dentista. *Arq Cent Estud Curso Odontol*. 2015; 51(3):145-51.
34. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012; 379(9826):1630-40.
35. Barbosa LNF, Asfora GCA, Moura MC. Ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas em jovens universitários. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Dro*. 2020; 16(1):1-8.
36. Nourijelyani K, Yekaninejad MS, Eshraghian MR, Mohammad K, Foroushani AR, Pakpour A. The influence of mothers' lifestyle and health behavior on their children: an exploration for oral health. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16(2): e16051.
37. Curi DSC, Figueiredo ACL, Jamelli SR. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(5):1561-76.
38. Deep A, Singh M, Sharma R, Singh M, Mattoo KA. Perceived oral health status and treatment needs of dental students. *Natl J Maxillofac Surg*. 2020; 11(1):76-80.
39. Boeira GF, Salas MMS, Araújo DC, Masotti AS, Correa MB, Demarco FF. Factors influencing dental appearance satisfaction in adolescents: a cross-sectional study conducted in Southern
40. Chor D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(7):1272-5.