

RENATA MATOS LAMENHA-LINS

**MENSURAÇÃO DO RACISMO MODERNO ENTRE ESTUDANTES DE
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA NO BRASIL**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2022**

Renata Matos Lamenha-Lins

MENSURAÇÃO DO RACISMO MODERNO ENTRE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia – área de concentração em Odontopediatria.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Júnia Maria Cheib Serra-Negra

Coorientador: Prof. Dr. Saul Martins Paiva

Belo Horizonte
2022

Ficha Catalográfica

L228m Lamenha-Lins, Renata Matos.
2022 Mensuração do racismo moderno entre estudantes de
T graduação em odontologia no Brasil / Renata Matos Lamenha-
Lins. -- 2022.

92 f. : il.

Orientadora: Júnia Maria Cheib Serra-Negra.
Coorientador: Saul Martins Paiva.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Racismo. 2. Educação em odontologia. 3. Saúde bucal.
4. Saúde pública. I. Serra-Negra, Júnia Maria Cheib. II.
Paiva, Saul Martins. III. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

MENSURAÇÃO DO RACISMO MODERNO ENTRE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA NO BRASIL

RENATA MATOS LAMENHA LINS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, área de concentração ODONTOPEDIATRIA.

Aprovada em 27 de outubro de 2022, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Júnia Maria Cheib Serra Negra - Orientador
Faculdade de Odontologia da UFMG

Prof(a). Saul Martins de Paiva
Faculdade de Odontologia da UFMG

Prof(a). João Luiz Dornelles Bastos
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof(a). Flavio de Freitas Mattos
Faculdade de Odontologia da UFMG

Belo Horizonte, 27 de Outubro de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Junia Maria Cheib Serra Negra, Professora do Magistério Superior**, em 27/10/2022, às 15:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Saul Martins de Paiva, Professor do Magistério Superior**, em 27/10/2022, às 15:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Flavio de Freitas Mattos, Professor do Magistério**



Superior, em 27/10/2022, às 16:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Luiz Dornelles Bastos, Usuário Externo**, em 31/10/2022, às 09:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543 de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1794229** e o código CRC **0BAF83B9**.

Dedico este trabalho a todos aqueles que buscam desenvolver uma sociedade mais justa. Que os esforços para a construção desta obra possam contribuir para a formação de profissionais da saúde mais responsáveis socialmente quanto à sua atuação.

AGRADECIMENTOS

À Deus, Universo, espiritualidade ou qualquer outro nome que possa ser dado à energia que sinto que me guia e protege. Engraçado pensar que nunca tentei compreendê-la ou defini-la tão detalhadamente em quaisquer instituições religiosas, mas nunca deixei de reconhecer e agradecer às suas graças. Seja o que for que me rege, é bom e fortalecedor. Sei, pois sinto. Sou grata por mostrar seu cuidado e proteção quando quase acredito que estou sozinha. Nunca estive.

Aos meus pais, Raphaela e Antônio, por terem me proporcionado suporte para que eu tivesse acesso à melhor educação possível. À minha mãe, em especial, por ser a minha maior inspiração e incentivadora. Minha mãe não teve grandes possibilidades em sua juventude e tudo o que conquistou e pôde proporcionar foi com muita dedicação aos seus estudos. Por isso, o conhecimento sempre foi coisa valiosa na criação que tive com meus irmãos e, como tal, o investimento mensal era mais destinado a aulas do que brinquedos. Ora, mesmo para uma criança, não era ruim: foi em aulas de robótica que quis ser cientista pela primeira vez. Mãe, ver seu orgulho em cada pequena conquista e passo que dou em minha formação me enobrece. Serei eternamente grata a vocês.

À Prof^a. Dr^a. Júnia Maria Serra-Negra, por ter acreditado no meu potencial e ter me acolhido como filha científica. Ao Prof. Dr. Saul Martins Paiva, pela sua contribuição imprescindível para o meu desenvolvimento acadêmico. Aliás, muito antes disso, agradeço aos Professores Júnia e Saul por terem sido as grandes referências pelas quais conheci e sonhei em me tornar Mestra pela Universidade Federal de Minas Gerais, a princípio. Os ensinamentos que agregaram à minha trajetória vieram antes mesmo de tê-los como orientadores, por meio de artigos científicos, capítulos de livro e palestras em congressos. Ainda lembro da timidez que senti ao vê-los na comissão avaliadora da minha seleção de Mestrado, em 2020. Que privilégio imenso não apenas ter tido a oportunidade de obter meu título de Mestra nesta Universidade, mas ser diretamente orientada por ambos. Um sonho que jamais cogitei. Minha mais sincera gratidão (e admiração).

Ao Prof. Dr. Valdeci Elias Santos-Júnior e à Prof^a. Dr^a. Isabel Cristina Celerino de Moraes Porto, meus orientadores de iniciação científica durante a minha graduação

na Universidade Federal de Alagoas. Grandes responsáveis pelo meu encantamento pela carreira científica e, ousou dizer, até mesmo pela minha busca ao diploma de Cirurgião-Dentista. Ao contrário da maioria dos meus colegas, a minha paixão pela Odontologia veio para além da clínica: apenas quando me envolvi com a pesquisa e extensão universitária. A partir daí se iniciou o sonho de, um dia, me tornar Professora. Acompanhar a dedicação dos Professores Valdeci e Isabel foi inspirador para mim, especialmente em uma Universidade com pouca visibilidade e incentivo financeiro. Produzir e lutar pela ciência no Brasil é desafiador – em um estado pequeno e pobre, como Alagoas, é quase um fenômeno. Com a confiança deles e as portas que me abriram, entendi que não queria simplesmente ter conhecimentos empíricos de uma profissional técnica comercializando saúde, mas também contribuir para o conhecimento. Quero muito contribuir. Professores, muito obrigada por terem me apresentado a um sonho.

A todos os Professores da Pós-graduação em Odontologia da UFMG, destacadamente aos do Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente. Embora eu não tenha tido a oportunidade de encontrá-los presencialmente durante as disciplinas, todos foram essenciais para que eu pudesse concluir o curso. Em fato, creio que os breves encontros remotos me eram ainda mais especiais, por serem os momentos semanais nos quais poderia ver o rosto de cada sobrenome que eu lia nos artigos. Arrisco dizer que já conhecia ao menos a área de pesquisa de cada um, antes mesmo de ser sua aluna. Assim, agradeço por todo o ensinamento dentro e fora das disciplinas.

Aos secretários do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFMG, por tamanha eficiência, prestatividade e organização em aspectos burocráticos relacionados ao curso, destacadamente no momento desafiante do ensino remoto emergencial.

Aos meus colegas de Mestrado, por cada brincadeira, incentivo, *happy hour* virtual, lágrima e conhecimento compartilhado. Cada (*web*)momento foi importante para que pudéssemos nos conhecer um pouco mais pessoalmente, ainda que não presencialmente. Em especial, sou imensamente grata pelo Caio Schavarski, pessoa com quem criei um forte laço de carinho e cumplicidade. Caio, sua amizade tornou essa jornada mais real e divertida (o velho rir para não chorar, sim?). Obrigada por todo o apoio que você me deu ao longo desses dois anos, senti seu abraço em todo

momento que precisei – mesmo separados por seis estados brasileiros. Te admiro em cada âmbito que percorre e espero poder acompanhar seu crescimento não apenas como colega, mas como amiga de profissão. Minha enorme gratidão por todos os grandes Mestres que esta turma irá formar.

À Prof^ª. Dr^ª. Ivana Meyer Prado (chique, hein?!), por todo o suporte que me deu em dificuldades acadêmicas, estatísticas e pessoais. Sem dúvidas, a pessoa com quem mais pude aprender e que guardo com grande admiração e carinho. Atenciosa e doce, Ivana sempre me ajudou para que as correrias dessem certo. Sempre deram mesmo, mas por conta de muito trabalho e apoio conjunto. Muito mais que extremamente competente: Ivana também é uma pessoa com palavras e intenções sinceras. Tenho plena convicção (e experiência) de que possui as melhores qualidades para a docência. Ivana, muito obrigada por tantos ensinamentos.

À Ana Cláudia Cunha, por ter aconselhado com tanta paciência uma completa estranha (eu) a fim de sanar suas dúvidas a respeito do processo seletivo para este curso. Cinco meses antes do Edital, procurei na lista de aprovados do ano anterior nomes que eu poderia tentar entrar em contato pedindo alguma dica sobre as etapas da seleção. Ana me surpreendeu com a sua gentileza e atenção ao me dizer sobre como a UFMG funcionava – afinal, eu não conhecia ninguém que já tivesse passado por lá. Foi o primeiro sotaque mineiro que ouvi naquele ano e que me ajudou a conhecer tantos outros, meses depois. Ana, não tivemos a oportunidade de nos conhecermos melhor enquanto colegas de Pós, mas sem você teria sido um poço de incertezas. Muito, muito obrigada por tanta empatia. À Gabriella Luiza Souza e Jéssica Bittencourt, por todas as trocas enriquecedoras nos trabalhos e na vida. A todos os meus colegas de graduação e pós-graduação em Odontologia que me mostraram conforto, imprescindível para que eu sentisse maior intimidade com a UFMG.

À Priscila Queiroz, socióloga com quem tive a oportunidade de ter trocas muito importantes e construtivas durante a elaboração desta dissertação. Pri, muito obrigada por manter o espaço sempre aberto para compartilharmos conhecimentos e indagações. À Nandita Sharma, psicóloga e amiga indiana que conheci durante um intercâmbio na Eslováquia e que, na época, já incentivava bastante o meu sonho de “carreira científica”. Ela também tinha. Vindas de países colonizados e subdesenvolvidos, queríamos contribuir em algo para o mundo. Hoje, Nandu é Professora e cursa Doutorado nos Estados Unidos, e sempre pergunta pelos meus

caminhos acadêmicos também. Quero registrar sua contribuição nesta dissertação, pois ela também faz parte deste alcance. *Ďakujem, Nanditka.*

Aos meus familiares e amigos que, mesmo não fazendo parte da área odontológica e/ou acadêmica, tanto me ouviram e acolheram que aprenderam sobre cada etapa que passei, bem como os nomes que me marcaram. Souberam até mesmo dar ótimos conselhos por isso! Quem diria... Afinal, percorrer o Mestrado em minha cidade natal, Maceió, permitiu que as pessoas da minha vida participassem dos momentos importantes desta jornada. Seguramente, sentir a torcida e bem-querer sinceros de cada um me deu forças quando desanimava. Minha família e amigos comemoram cada artigo publicado como um grande evento. Sempre achei isso lindo. Ah! A calmaria dos meus mares alagoanos também favoreceu bastante.

Poderia citar diversos nomes de pessoas que acreditaram em mim e que, por isso, me marcaram de diferentes formas ao longo do curso de Mestrado, mas irei destacar alguns principais. Especialmente sem vocês, Camila Lamenha (minha irmã de sangue e de alma), Ana Luisa Falcão, Brunna Neri, Emily Rêgo e Uriel Diaz, teria sido muito mais duro. Me sinto sortuda e sou infinitamente grata por ter a escuta, cuidado e amor recíproco de todos vocês.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo suporte financeiro, para que fosse possível me dedicar exclusivamente à elaboração desta dissertação, assim como à minha capacitação profissional durante o curso de Mestrado.

“O escritor original, enquanto não morre, é sempre escandaloso”.

“Não se pode escrever nada com indiferença”.

Simone de Beauvoir

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre o Racismo Moderno e características sociodemográficas e econômicas de estudantes de graduação em odontologia brasileiros. Um estudo observacional transversal foi conduzido utilizando um questionário eletrônico, disponibilizado de forma *on-line* na plataforma Google Formulários. Foram convidados a participar deste estudo estudantes de graduação em odontologia, matriculados em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas, localizadas nas regiões Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul do país. Foi adotada uma amostra de conveniência em bola de neve. Os estudantes foram recrutados por meio de aulas remotas, *e-mail* e publicações em redes sociais (Instagram e WhatsApp). Os estudantes responderam a um formulário eletrônico dividido em sessões: (1) declaração dos aspectos éticos e critérios de elegibilidade, (2) coleta dos dados sociodemográficos e econômicos do respondente e (3) exposição da versão brasileira da Escala de Racismo Moderno (B-ERM). Todas as respostas foram de preenchimento mandatório para a sua finalização e envio. As respostas na B-ERM foram classificadas em uma escala do tipo Likert de 7 pontos, de forma que pontuações mais altas significariam maiores níveis de Racismo Moderno. O escore total na B-ERM correspondeu à variável dependente, enquanto os dados sociodemográficos e econômicos dos estudantes corresponderam às variáveis independentes. A análise estatística incluiu análise descritiva, bivariada e regressão de Poisson com variância robusta ($p < 0,05$). Participaram deste estudo 441 estudantes de graduação em odontologia brasileiros, dos quais a maioria se autodeclarou branca (54,9%) e do gênero feminino (78,1%). A análise bivariada observou maiores escores na B-ERM entre os estudantes que se autodeclararam como não-brancos, quando comparados aos autodeclarados brancos ($p = 0,002$). No entanto, essa associação não foi observada no modelo multivariado ajustado. A análise multivariada observou maiores escores na B-ERM entre os estudantes do gênero masculino comparados ao gênero feminino (Razão de Prevalência [RP] = 1,130; Intervalo de Confiança [IC] 95%: 1,027-1,244) e os matriculados em instituições privadas de ensino quando comparados aos de instituições públicas (RP = 1,404; IC 95%: 1,272-1,550). Estudantes pertencentes ao nível socioeconômico mais baixo, Classe E, obtiveram maiores pontuações na B-ERM quando comparados aos de maior nível socioeconômico, Classe A (RP = 1,321; IC 95%: 1,134-1,538). Ainda, estudantes matriculados em IES localizadas nas regiões Norte (RP = 1,410; IC 95%: 1,173-1,695) e Nordeste (RP = 1,187; IC 95%: 1,023-1,378) obtiveram maiores pontuações na B-ERM quando comparados aos estudantes matriculados na região Sul do país. Com isso, este estudo concluiu que o escore total na B-ERM foi influenciado pelas características sociodemográficas e econômicas dos estudantes de graduação em odontologia brasileiros.

Palavras-chave: Racismo. Educação em odontologia. Saúde bucal. Saúde pública.

ABSTRACT

Measurement of Modern Racism among undergraduate dental students in Brazil

The aim of this study was to analyze the association between Modern Racism and sociodemographic and economic characteristics of Brazilian undergraduate dental students. A cross-sectional observational survey research was conducted using an electronic questionnaire, available online on the Google Forms platform. Undergraduate dental students enrolled in public and private Higher Education Institutions (HEI) located in the North, Northeast, Midwest, Southeast, and South regional divisions of Brazil were invited to participate. A convenience sample using the technique of snowball sampling was adopted. Students were recruited by remote classes, email, and social media (Instagram and WhatsApp). Students were invited to respond to an electronic form divided into sections: (1) statement of the ethical issues and eligibility criteria, (2) collection of sociodemographic and economic data, and (3) exhibition of the Brazilian version of the Modern Racism Scale (B-MRS). All items of the electronic form were of mandatory response for its completion and submission. Responses on the B-MRS were rated on a 7-point Likert-type scale. Higher scores on the B-MRS would signify higher levels of Modern Racism. The total score on the B-MRS corresponded to the dependent variable, while dental students' sociodemographic and economic data corresponded to the independent variables. Statistical analysis included descriptive, bivariate analysis, and Poisson regression with robust variance ($p < 0.05$). Participated in this survey 441 Brazilian undergraduate dental students, of which most self-declared to be white (54.9%) and female (78.1%). The bivariate analysis demonstrated higher B-MRS scores among non-white participants, compared to those self-declared as white ($p = 0.002$). Nonetheless, this association was not observed on the multivariate adjusted model. The multivariate analysis observed higher scores on the B-MRS among male students compared to female (Prevalence Ratio [PR] = 1.130; 95% Confidence Interval [CI]: 1.027-1.244) and those enrolled in private educational institutions when compared to students from public institutions (PR = 1.404; 95% CI: 1.272-1.550). Participants of the lowest socioeconomic status, Class E, obtained higher B-MRS scores compared to those of the highest, Class A (PR = 1.321; 95% CI: 1.134-1.538). Dental students from the North (PR = 1.410; 95% CI: 1.173-1.695) and Northeast (PR = 1.187; 95% CI: 1.023-1.378) regional divisions of Brazil scored higher B-MRS means than those from the South. Thus, this survey research concluded that the total score on the B-MRS was influenced by the sociodemographic and economic characteristics of Brazilian undergraduate dental students.

Keywords: Racism. Dental education. Oral health. Public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 – Recategorização das variáveis socioeconômicas dos participantes. 31
- Figura 1 – Distribuição geográfica dos respondentes durante a análise preliminar. 35

LISTA DE TABELAS

- Table 1 - Descriptive sociodemographic data of the distribution of Brazilian undergraduate dental students' self-declared race and socioeconomic status according to the regional division and administrative type of their Higher Educational Institution. 53
- Table 2 - Descriptive sociodemographic and economic data of Brazilian undergraduate dental students and bivariate analysis between the independent variables and the total score on the Brazilian version of the Modern Racism Scale. 54
- Table 3 - Poisson regression of the sociodemographic characteristics of dental students associated with the total score on the Brazilian version of the Modern Racism Scale. 56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

B-ERM	Versão Brasileira da Escala de Racismo Moderno
B-MRS	<i>Brazilian Version of the Modern Racism Scale</i>
CA	<i>California</i>
CA	Califórnia
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Código de Endereçamento Postal
CHERRIES	<i>Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys</i>
CI	<i>Confidence Interval</i>
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CROSS	<i>Checklist for Reporting of Survey Studies</i>
E.g.	<i>Exempli Gratia</i>
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
EUA	Estados Unidos da América
HEI	<i>Higher Education Institutions</i>
I.e.	<i>Id est</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IES	Instituição de Ensino Superior
IL	<i>Illinois</i>
Inc	<i>Incorporated</i>
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
JPHD	<i>Journal of Public Health Dentistry</i>
Max	<i>Maximum</i>
MEC	Ministério da Educação do Brasil
MG	Minas Gerais
Min	<i>Minimum</i>

MRS	<i>Modern Racism Scale</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
P	<i>Probability Value</i>
PDF	<i>Portable Document Format</i>
PR	<i>Prevalence Ratio</i>
RP	Razão de Prevalência
SD	<i>Standard Deviation</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USA	<i>United States of America</i>
USD	<i>United States Dollar</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

~	Aproximadamente
©	<i>Copyright</i> (direitos autorais)
=	Igual
±	Mais ou menos
<	Menor
≤	Menor ou igual
#	Número
%	Porcentagem
R\$	Real

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	20
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo geral	24
2.2	Objetivos específicos	24
3	JUSTIFICATIVA	25
4	METODOLOGIA EXPANDIDA	27
4.1	Considerações éticas	27
4.2	Desenho do estudo e critérios de elegibilidade	27
4.3	Amostragem e recrutamento de participantes	28
4.4	Conteúdo do formulário eletrônico e coleta dos dados	29
4.4.1	Dados sociodemográficos e econômicos	30
4.4.2	Escala de Racismo Moderno	32
4.4.2.1	Versão original da Escala de Racismo Moderno	32
4.4.2.2	Versão espanhola da Escala de Racismo Moderno	33
4.4.2.3	Versão brasileira da Escala de Racismo Moderno	34
4.5	Análise preliminar do formulário eletrônico	34
4.6	Análise estatística dos dados	36
5	RESULTADOS	37
6	ARTIGO	38
	Is “modern racism” a measurement to emphasize social hierarchies?	38
	The myth of racial democracy among Brazilian dental students	
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICES	65

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Desde a metade do século XIX, publicações científicas no campo da saúde bucal buscaram ressaltar diferenças morfológicas de estruturas craniofaciais baseando-se na raça de indivíduos, corroborando para o estabelecimento de hierarquias raciais baseadas em valor biológico e/ou intelectual. Levison (1851) publicou no *The Lancet* sobre as diferenças no desenvolvimento mandibular entre o “homem civilizado” e os povos “bárbaros” ou “semi-bárbaros”. Mais de cem anos depois, artigos ainda enfatizavam discrepâncias biológicas entre diferentes grupos racializados (HARRIS *et al.*, 1977; HUNT, 1961). Em paralelo, estudos que consistentemente abordavam a raça e etnia como fatores associados aos desfechos em saúde bucal demonstraram rápida e forte expansão na comunidade científica em meados do século XX (REGINALDO *et al.*, 2022). A interpretação equivocada e conflitante de tais resultados contribuiu com a ideia de que a raça e etnia do indivíduo influenciavam na sua condição de saúde, permeando-a no imaginário coletivo dentro e fora do âmbito acadêmico (BASTOS *et al.*, 2020).

Em verdade, a raça e etnia são constructos sociais, sem significado biológico ou científico (FLANAGIN *et al.*, 2021). A inquestionável lacuna entre grupos raciais marginalizados e privilegiados é mantida pelo racismo estrutural, pilar que sustenta as iniquidades raciais em saúde (BASTOS *et al.*, 2020). O racismo, como um sistema estruturado, age mutuamente com outras instituições sociais de forma a reforçá-las e a ser reforçado por elas. Esse mecanismo é observado em todas as esferas sociais, incluindo condições de moradia, mercado de trabalho, justiça criminal, educação e sistema de saúde (WILLIAMS *et al.*, 2019). Assim, o racismo institucional é caracterizado pelo fracasso das instituições em oferecer um serviço qualificado ao indivíduo devido à sua raça/cor ou origem étnica, utilizando-se de normas, práticas ou comportamentos discriminatórios (BASTOS *et al.*, 2020). No cenário da saúde bucal, a iniquidade racial mantém-se por outras vias de opressão, como por meio do acesso não-equitativo aos serviços de saúde, recebimento de tratamento de menor qualidade e prejuízos na relação clínico-paciente devido à ausência de competência cultural do profissional (FORSYTH *et al.*, 2019; JAMIESON *et al.*, 2021).

Estudos recentes têm demonstrado a ocorrência de viés clínico na tomada de decisão para o tratamento odontológico de acordo com a raça de pacientes adultos, com indicação de procedimentos mais invasivos, rápidos e de menor custo para pessoas negras, quando comparadas às brancas (CHISINI *et al.*, 2018; CHISINI *et al.*, 2019; PATEL *et al.*, 2019). Reduzir as iniquidades raciais em saúde bucal exige que pesquisadores busquem ir além de relacionar dados sociodemográficos aos indicadores de saúde do indivíduo, mas sim alcançar os setores institucionais nos quais percorrem o racismo, para que seja possível a sua desarticulação (BASTOS *et al.*, 2020; BORRELL; WILLIAMS, 2022). É fundamental ponderar o valor limitado de abordagens tradicionalmente empregadas na educação e promoção da saúde bucal, caso estejam desvinculadas da perspectiva sistêmica da opressão racial (BASTOS *et al.*, 2021). Disparidades em saúde são documentadas, mas não contestadas. Como levantou criticamente Macdonald *et al.* (2021, p. 02), “se os problemas em saúde pública são tão misturados com as soluções, como sabemos se a nossa própria atuação faz parte do problema ou parte da solução?”

Interessante ressaltar que, atualmente, as sociedades ocidentais têm substituído atitudes explícitas de discriminação racial – como a rejeição direta de grupos racializados – por vias mais sutis, de forma a perpetuar as hierarquias raciais (TARMAN; SEARS, 2005). Devido às normas sociais contemporâneas, a discriminação racial no Brasil parece estar mais internalizada, expressa mais consistentemente quando se mantém a um distanciamento seguro da acusação racista (CAMINO *et al.*, 2013). Diversas teorias têm sido desenvolvidas a fim de entender e expor as diferentes maneiras de discriminação racial além de atitudes socialmente indesejáveis, como o “racismo moderno” (MCCONAHAY *et al.*, 1981).

O racismo moderno emergiu na literatura como um constructo teórico no contexto do movimento pelos direitos civis nos Estados Unidos, em meados das décadas de 1950 e 1960. Na ocasião, o país percorria debates contínuos para a conquista de direitos das pessoas negras (HAHN *et al.*, 2018). A teorização do racismo moderno inclui a percepção de que as pessoas brancas resistiam às ações afirmativas justificando suas crenças em motivos não raciais, mas sim políticos e/ou econômicos (MCCONAHAY *et al.*, 1981). Dessa forma, atitudes negativas a respeito de questões raciais não foram admitidas pela branquitude estadunidense como racistas, embora opuseram-se aos direitos das pessoas negras. Assim, o racismo moderno, enquanto

constructo, possibilitava identificar princípios conservadores que se baseavam na ideia de que o racismo não representava uma força política importante para ser discutida (MCCONAHAY *et al.*, 1981; MCCONAHAY, 1983).

O racismo moderno compreende a linha de raciocínio de que: (1) a discriminação racial não existe mais e agora pessoas negras são livres para concorrer no mercado de trabalho; (2) pessoas negras estão, cada vez mais rápido, ocupando cargos; (3) a competição no mercado não está mais justa para os brancos; (4) e, com isso, as instituições estão dando maior prestígio a pessoas negras do que o “justo” (MCCONAHAY, 1986). Esse princípio se apresentava na sociedade branca estadunidense como não sendo racista por argumentarem ser um fato empírico. Com o propósito de mensurar tal constructo, a Escala de Racismo Moderno foi desenvolvida nos Estados Unidos (MCCONAHAY *et al.*, 1981; MCCONAHAY, 1986). Posteriormente, o instrumento foi adaptado para o contexto social de demais países, como o Brasil, com o intuito de desmistificar a suposta “democracia racial” vivida no país (SANTOS *et al.*, 2006).

Maiores esforços são cruciais para reduzir o racismo estrutural, especialmente em países com recursos e infraestrutura para o sistema de saúde limitados. A elaboração de campanhas antirracistas entre equipes de saúde bucal e em instituições de ensino de odontologia, unida à forte regulação política nacional, é uma das chaves para a redução das iniquidades raciais em saúde (JAMIESON, 2021). Ainda, tem sido sugerida a elaboração de currículos acadêmicos nos cursos de odontologia sensíveis às adversidades relacionadas ao racismo estrutural e a outras formas de opressão social, assim como ao seu impacto fisiológico na saúde bucal (BORRELL; WILLIAMS, 2022; LAMENHA-LINS *et al.*, 2022; REGINALDO *et al.*, 2022). Recentemente, Universidades britânicas e estadunidenses importantes posicionaram-se para adotar atitudes e currículos educacionais ativamente antirracistas, com o preceito de livrarem-se de raízes histórica e ideologicamente coloniais, ou “decolonizar os currículos odontológicos” (DEMOPOULOS *et al.*, 2022; ERONDU *et al.*, 2020; LALA, 2022). Nesse sentido, decolonizar trata-se de confrontar e enfraquecer o emaranhado dos padrões de poder e hierarquias que mantêm as iniquidades em saúde (LALA, 2022). No entanto, a literatura ainda é incipiente em identificar a expressão racista existente em Instituições de Ensino Superior em odontologia (SU; BEHAR-HORENSTEIN, 2017).

Em uma revisão sistemática qualitativa da literatura, Sim *et al.* (2021) demonstraram, a partir da percepção de pacientes pertencentes a grupos raciais marginalizados, que a supremacia racial e a falta de empatia de profissionais de saúde prejudicaram seu tratamento. Em um estudo de meta-análise, a negação e minimização do racismo foi negativamente associada a variáveis relacionadas ao antirracismo, como competências de práticas multiculturais, comportamentos de justiça social e empatia racial/étnico-cultural (YI *et al.*, 2022). Dessa forma, a ausência de empatia também tem sido descrita como preditora da discriminação racial, além de representar um importante componente para a construção de políticas que poderiam aumentar as oportunidades socioeconômicas e de saúde da população (HAN, 2018; WILLIAMS; COOPER, 2019).

Como um problema decorrente da estrutura social histórica e sistematicamente, as raízes do racismo afetam o ambiente clínico até mesmo de forma inconsciente e automática, expresso por critérios subjetivos do dentista (CHISINI *et al.*, 2018; CHISINI *et al.*, 2019). A discriminação racial leva a perspectivas associativas durante o atendimento por meio de atalhos mentais, especialmente em ambientes de atuação intensa, com demandas complexas e diversas que exigem decisões rápidas, como acontece em escolas de odontologia (SCHNIERLE *et al.*, 2019). Durante a assistência em saúde, é requerida a autocrítica profissional quanto às suas próprias convicções de discriminação, sendo notadamente necessária diante do atual contexto de avanço das ameaças a grupos raciais marginalizados no Brasil (THE LANCET, 2019).

A compreensão de como o racismo se manifesta em instituições de ensino superior é essencial para formar profissionais com maior competência cultural para a sua atuação e reduzir as iniquidades raciais em saúde bucal (GUARNIZO-HERREÑO *et al.*, 2012; JAMIESON *et al.*, 2021). Dada a sua importância para uma assistência ética centrada no paciente, este trabalho pretendeu avaliar o racismo moderno entre estudantes de graduação em odontologia no Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar o Racismo Moderno entre estudantes de graduação em odontologia no Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a associação entre o Racismo Moderno e características socioeconômicas de estudantes de graduação em odontologia no Brasil.
- Analisar a associação entre o Racismo Moderno e aspectos relacionados à distribuição geográfica e tipo administrativo da Instituição de Ensino Superior de estudantes de graduação em odontologia no Brasil.

3 JUSTIFICATIVA

Há décadas, estudos epidemiológicos em odontologia e saúde pública extensivamente descrevem as desigualdades em indicadores de saúde bucal entre diferentes grupos populacionais. Mesmo com os avanços tecnológicos, expansão de serviços e dos corpos acadêmico e científico na área, as desigualdades em saúde bucal perduram (LALA *et al.*, 2021). No Brasil, entre 1996 e 2018, o número de cursos de graduação em odontologia demonstrou crescimento exponencial de 315%, fator que contribuiu para que se tornasse um dos países com mais dentistas por habitantes no mundo (MAIA; POZ, 2020; MORITA *et al.*, 2021). Apesar disso, as iniquidades em saúde bucal permanecem elevadas entre crianças brasileiras e, uma vez que crianças pertencentes a minorias raciais podem apresentar piores condições de saúde, esta estigmatização também se torna fortemente racializada (COMO *et al.*, 2019; GALVÃO; RONCALLI, 2021). Assim, é urgente refletir se as medidas atualmente propostas pelas instituições de ensino e sistema de saúde alcançam a profundidade das relações de poder que sustentam as iniquidades em saúde bucal (LALA *et al.*, 2021).

No Brasil, o mito da democracia racial é amplamente difundido no imaginário coletivo e tem como principal objetivo mascarar o racismo (BRITO, 2022; SCHUCMAN; MELO, 2022). A miscigenação brasileira e a ideia de convivência harmoniosa entre diferentes grupos racializados contribuíram para a crença geral de que a discriminação racial não é um problema no país (BRITO, 2022). Nesse sentido, a supremacia branca brasileira é consolidada tanto por meio da própria posse do poder quanto por um consenso social não discutido. Assim, a ideologia da meritocracia introduzida na sociedade brasileira trabalha em conjunto com o racismo para manter as posições raciais hierárquicas (SCHUCMAN; MELO, 2022).

Um estudo qualitativo recentemente conduzido no Reino Unido demonstrou uma tríade complexa na relação entre estudantes de graduação em odontologia, seus tutores e pacientes quanto à experiência de racismo sofrida pelos graduandos na instituição (AHMADIFARD *et al.*, 2022). Na ocasião, os estudantes relataram o racismo presente desde as formas mais sutis, como atribuição de estereótipos e microagressões, até o zombamento racial. Interessante notar que as formas mais discretas de discriminação racial, mesmo que inconscientes, podem ser mais

traíçoeras, por fazerem a própria vítima questionar a sua vivência e sofrimento (JOHNSON *et al.*, 2021). A repreensão do racismo explícito advinda das normas sociais contemporâneas fez surgirem expressões mais discretas (ou “modernas”) que permeiam todos os espaços sociais e instituições, como escolas de odontologia (AHMADIFARD *et al.*, 2022; CAMINO *et al.*, 2013; TARMAN; SEARS, 2005).

Apesar de haver uma tendência de publicações com abordagem ativamente antirracista em saúde bucal, pesquisas acerca de como a discriminação racial se expressa ainda são incipientes e concentram seu enfoque sobretudo na investigação da baixa representatividade de pessoas negras no mercado de trabalho e ensino odontológico (SMITH *et al.*, 2022). No entanto, dada a multiplicidade do racismo no sistema paciente-estudante-professor-instituição, também é necessária a compreensão da sua manifestação por parte do clínico, a fim de desemaranhar a estrutura racista presente nas IES.

Nesse contexto, a avaliação do racismo moderno torna-se fundamental para compreender a expressão racista em IES brasileiras, a fim de reduzir as iniquidades em saúde bucal. Cabe ressaltar que, embora seja indiscutível a importância de reconhecer a interseccionalidade presente na experiência do indivíduo de acordo com suas múltiplas posições de prestígio ou vulnerabilidade social (como raça, identidade de gênero, orientação sexual e classe social), este trabalho direcionou seus esforços para o estudo do racismo moderno a fim de melhor compreender a sua manifestação entre graduandos brasileiros no curso de odontologia (BAUER *et al.*, 2021). Com isso, este estudo poderá contribuir para o aprimoramento de projetos pedagógicos nos cursos de odontologia no Brasil.

4 METODOLOGIA EXPANDIDA

4.1 Considerações éticas

Este estudo seguiu todos os preceitos éticos constantes na Declaração de Helsinque e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (protocolo: CAAE #05021018.7.0000.5149) (ANEXO A), conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Participaram deste estudo apenas estudantes de odontologia que consentiram eletronicamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) exibido (APÊNDICE A). Nesta ocasião, o usuário foi aconselhado a tirar uma captura de tela ou salvar em *Portable Document Format* (PDF) o termo, a fim de reter uma cópia em arquivo para uso próprio. Neste documento, foi explicitado ao estudante o objetivo da pesquisa, riscos mínimos existentes e garantia da confidencialidade da identidade dos participantes, assim como dos dados coletados pelos pesquisadores. Os participantes responderam ao formulário eletrônico utilizando um dispositivo da sua escolha, em horário e local de sua maior conveniência e conforto.

4.2 Desenho do estudo e critérios de elegibilidade

Foi conduzido um estudo epidemiológico observacional transversal utilizando-se um questionário eletrônico, desenvolvido e disponibilizado de forma *on-line* na plataforma Google Formulários (Google Inc., Mountain View, CA, EUA). As recomendações do *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES) (EYSENBACH, 2004) e do *Checklist for Reporting of Survey Studies* (CROSS) (SHARMA *et al.*, 2021) foram consultadas para o relato deste trabalho.

A população-alvo correspondeu a estudantes de graduação em odontologia no Brasil, matriculados do primeiro ao décimo semestre do curso em Instituição de Ensino Superior (IES) pública ou privada, localizada nas regiões Norte, Nordeste, Centro-este, Sudeste e Sul do país. Assim, foram considerados elegíveis todos os

estudantes matriculados no curso de graduação em odontologia em IES pública e privada brasileira.

Com o intuito de evitar múltiplas respostas do mesmo participante, também foi solicitado que o estudante confirmasse não ter participado previamente desta investigação. Somente assegurando tais condições, o usuário era conduzido para o início do questionário estruturado. Caso algum critério não fosse cumprido, o formulário era diretamente finalizado e enviado. A taxa de não-respostas foi avaliada de acordo com a quantidade de usuários que negaram ao menos um dos critérios de participação neste estudo.

4.3 Amostragem e recrutamento de participantes

Foi adotada uma amostra de conveniência por meio da técnica de bola de neve (HECKATHORN, 2011). Os pesquisadores apresentaram a investigação e convidaram professores dos cursos de graduação em odontologia, referentes a IES públicas e privadas localizadas nas cinco regiões brasileiras, para apoiar a difusão e engajamento do formulário eletrônico em suas próprias instituições de ensino e entre docentes de outras IES da sua rede de contato. Esses compreenderam às sementes iniciais da amostragem, a fim de alcançar uma maior variabilidade sociodemográfica de respondentes. Membros da própria amostra também foram convidados a indicar o estudo para estudantes elegíveis, fosse da mesma instituição a qual pertencia ou de demais outras.

O risco de viés na seleção da amostra foi reduzido por meio das sucessivas ondas de amostragem, as quais seguiram-se até que fosse obtida uma amostra mais equilibrada quanto à sua caracterização (HECKATHORN, 2011). Para este propósito, a análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos participantes foi periodicamente realizada pelos pesquisadores, e a coleta de dados apenas foi encerrada com a distribuição geográfica dos respondentes proporcional à distribuição de cursos de odontologia por região brasileira (MORITA *et al.*, 2021). Este procedimento será detalhado no item “4.5 Análise preliminar do formulário eletrônico” da Metodologia Expandida.

Como meios de recrutamento dos participantes, o formulário foi divulgado durante aulas remotas, por *e-mail* e publicações em redes sociais dos pesquisadores responsáveis e de voluntários (professores e estudantes de graduação em odontologia). Panfletos virtuais (APÊNDICE B) e vídeo de curta duração (APÊNDICE C) foram produzidos para apresentar o objetivo da pesquisa e convidar usuários elegíveis. As mídias sociais Instagram e WhatsApp foram utilizadas para a divulgação dos conteúdos, os quais foram distribuídos acompanhados de um *link* de acesso à página de apresentação do formulário. No Instagram, os arquivos foram promovidos por meio de publicações nos *stories* e no *feed* das contas pessoais dos pesquisadores e voluntários (professores e estudantes de graduação). No WhatsApp, os convites foram encaminhados para grupos de alunos de graduação em odontologia, que já existiam por motivos de transmissão de informações institucionais. Independentemente do método de promoção, o *link* que direcionava o usuário para o *website* do formulário era necessariamente exibido de forma conveniente para o seu acesso.

Campanhas midiáticas foram realizadas nas redes sociais Instagram e WhatsApp para impulsionar a adesão de voluntários, promovidas em dias de relevância nacional e internacional de reafirmação da luta persistente contra o racismo. As campanhas ocorreram, respectivamente, no Dia da Consciência Negra (20 de novembro) e no Dia Internacional pela Eliminação da Discriminação Racial (21 de março), este último instituído pela Organização das Nações Unidas (ONU) (FGV, 2022). Durante as campanhas, foram desenvolvidos conteúdos específicos para cada dia histórico na estruturação da sua descrição ou *design* (APÊNDICE D). A estratégia de veiculação dos conteúdos foi a mesma acima mencionada para o recrutamento de participantes. A coleta de dados foi realizada durante o período de novembro de 2021 a julho de 2022.

4.4 Conteúdo do formulário eletrônico e coleta dos dados

Acompanhado do convite de participação voluntária nesta investigação, os estudantes obtiveram acesso ao formulário eletrônico. Para a coleta de dados, o formulário foi dividido em diferentes sessões. A primeira sessão correspondeu à

declaração dos aspectos éticos e confirmação dos critérios de elegibilidade para a participação. Com o cumprimento de tais requisitos, os participantes foram conduzidos para o início do questionário estruturado. A sessão seguinte correspondeu à coleta de dados sociodemográficos e econômicos do respondente, seguida da aplicação da versão brasileira Escala de Racismo Moderno (MCCONAHAY, 1986; SANTOS *et al.*, 2006). Todas as respostas do questionário foram de preenchimento mandatório para a sua finalização e envio e, assim, não houve perda de dados durante cada etapa.

4.4.1 Dados sociodemográficos e econômicos

Dados sociodemográficos e econômicos foram solicitados para a caracterização da amostra (APÊNDICE E). Foram questionados aos respondentes: a sua identidade de gênero (feminino, masculino, não-binário, prefiro não declarar) (TADIRI *et al.*, 2021), idade (em anos), IES à qual pertencia, atual semestre da graduação (primeiro ao décimo) e a sua ocupação. Este último item era respondido com as alternativas fechadas (1) “é exclusivamente estudante” ou (2) “concilia os estudos com trabalho remunerado não relacionado à sua Faculdade”. Para a análise estatística, a idade foi categorizada entre as faixas etárias: “até 20 anos de idade”, “de 20 a 35 anos de idade” e “acima de 35 anos de idade”. A partir da informação da IES, para a análise dos dados, foram criadas as categorias: região brasileira da IES (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste, Sul) e meio administrativo da IES (pública, privada).

A cor/raça ou origem étnica autodeclarada foi classificada segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), determinada como branco(a), amarelo(a), indígena, pardo(a), preto(a). Embora haja um importante debate nacional a respeito do traço colonial expresso pelo uso do termo “pardo” (MENDES, 2021), o critério do IBGE foi adotado pelos pesquisadores por ser a referência para a matrícula em IES no Brasil (BRASIL, 2022). Cabe ressaltar que a autodeclaração da raça percorre certa confusão da população brasileira em termos de identificação da cor da pele, origem étnica, direitos constitucionais, prestígio e poder social. Isso ocorre porque, no país, a autodeclaração da raça baseia-se primariamente em aspectos fenotípicos (COSTA; SCHUCMAN, 2022).

No entanto, uma vez que a disposição estrutural do racismo garante privilégio simbólico e material para aqueles que se consideram brancos (SCHUCMAN, 2012), a autodeclaração da raça dos participantes foi recategorizada para esta pesquisa entre “brancos(as)” e “não-brancos(as)” (amarelo/a, indígena, pardo/a, preto/a). Em sua interpretação, o agrupamento de diferentes grupos racializados não subestima as particularidades relacionadas à inequidade e contexto histórico inerentes a cada um (SANTOS *et al.*, 2022). Em fato, tal medida baseou-se na identificação mais elucidativa do papel da branquitude brasileira na expressão do racismo moderno em IES brasileiras (SCHUCMAN, 2012).

A renda familiar mensal e nível educacional materno e paterno foram dados sociodemográficos coletados de acordo com quesitos do questionário socioeconômico de inscrição no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (BRASIL, 2021). Para a análise, as variáveis originais foram recategorizadas para aprimorar a significância estatística entre os grupos comparados. O Quadro 1 detalha as variáveis coletadas de acordo com os critérios do INEP, bem como a sua posterior recategorização para a investigação.

Quadro 1 – Recategorização das variáveis socioeconômicas dos participantes.

Variáveis	Classificação segundo o INEP*	Recategorização para a análise
Renda familiar mensal	1. Nenhuma renda.	Classe E (até USD 235).
	2. Até 1 salário-mínimo (até R\$ 1.212,00).	
	3. De 1 a 3 salários-mínimos (R\$ 1.212,01 até R\$ 3.636,00).	Classe D (USD 235,01 até USD 703).
	4. De 3 a 6 salários-mínimos (R\$ 3.636,01 até R\$ 7.272,00).	Classe C (USD 703,01 até USD 1.406).
	5. De 6 a 9 salários-mínimos (R\$ 7.272,01 até R\$ 10.908,00).	Classe B (USD 1.406,01 até USD 2.110).
	6. De 9 a 12 salários-mínimos (R\$ 10.908,01 até R\$ 14.544,00).	Classe A (acima de USD 2.110,01).
	7. De 12 a 15 salários-mínimos (R\$ 14.544,01 até R\$ 18.180,00).	
	8. Mais de 15 salários-mínimos (acima de R\$ 18.180,00).	

Nível de escolaridade materno e paterno	1. Não sei.	Não sei.
	2. Não estudou.	Até o Ensino Fundamental completo.
	3. Da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental (antigo primário).	
	4. Da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental (antigo ginásio).	Ensino Médio completo.
	5. Ensino Médio (antigo 2º grau).	
	6. Ensino Superior.	Graduação ou pós-graduação.
	7. Especialização.	

*Classificação de acordo com a página de inscrição no Exame Nacional do Ensino Médio, em 2021 (Disponível em: <https://enem.inep.gov.br/participante/#!/inscricao/qse/questionario>).

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. USD – Dólares dos Estados Unidos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Com a finalização desta sessão, o questionário estruturado seguia para a sua segunda etapa, descrita a seguir.

4.4.2 Escala de Racismo Moderno

A última sessão do questionário eletrônico compreendeu à versão brasileira da Escala de Racismo Moderno (APÊNDICE F) (MCCONAHAY *et al.*, 1981; NAVAS, 1998; SANTOS *et al.*, 2006). É importante ressaltar que, uma vez que o “racismo moderno” é um constructo teórico com significativa fundamentação social e histórica, diferentes versões da Escala de Racismo Moderno compreendem diferentes contextos sociais. Assim, a quantidade e conteúdo de itens presentes no instrumento passou por atualizações e adaptações de importantes menções, detalhadas a seguir.

4.4.2.1 Versão original da Escala de Racismo Moderno

O instrumento foi originalmente desenvolvido nos Estados Unidos por McConahay e colaboradores (1981). A sua concepção foi acompanhada de um contexto de intensos debates políticos e sociais relacionados aos direitos das pessoas negras estadunidenses, derivados do movimento dos direitos civis das décadas de

1950 e 1960. Assim, a teorização da Escala de Racismo Moderno abrange a ideia de que as práticas racistas se justificavam em conservadorismo político para serem sustentadas de forma “sutil”. Nesse sentido, pessoas brancas argumentavam a sua oposição aos direitos legais das pessoas negras fundamentando suas motivações em princípios liberais (BONILLA-SILVA, 2014; MCCONAHAY *et al.*, 1981; MCCONAHAY, 1983).

Dessa forma, a Escala de Racismo Moderno foi introduzida em língua inglesa a fim de mensurar o componente cognitivo das atitudes raciais mais sutis. A escala intenciona ser menos reativa e, assim, acessar a noção central de um preconceito disfarçado. A versão original da Escala de Racismo Moderno é composta por 6 itens, respondidos pelo participante em uma escala de concordância em formato Likert de 5 pontos (MCCONAHAY *et al.*, 1981) (ANEXO B).

4.4.2.2 Versão espanhola da Escala de Racismo Moderno

O instrumento foi validado para o contexto brasileiro a partir da versão espanhola da escala (NAVAS, 1998; SANTOS *et al.*, 2006). Os autores adotaram a versão espanhola como referência por considerarem assemelhar-se mais à cultura brasileira (SANTOS *et al.*, 2006). A Escala de Racismo Moderno adaptada para o contexto espanhol tomou como referência o racismo contra imigrantes oriundos do Norte da África. Isso porque o local estudo para a adaptação do instrumento foi Almeria, uma província espanhola com grande recepção de imigrantes africanos devido à sua localização geográfica (NAVAS, 1998).

A versão espanhola da Escala de Racismo Moderno possui 10 itens em sua estrutura, distribuídos entre três fatores. O primeiro fator corresponde à “ameaça aos princípios de igualdade e justiça” (4 itens); o segundo à “negação do preconceito e da discriminação” (4 itens); e o terceiro, segundo a autora, se apresentou de forma pouco clara (2 itens). Todos os quesitos foram avaliados em uma escala do tipo Likert de 7 pontos (NAVAS, 1998) (ANEXO C).

4.4.2.3 Versão brasileira da Escala de Racismo Moderno

A Escala de Racismo Moderno atualizada e adaptada para o contexto brasileiro corresponde a um questionário autoadministrado com 14 itens, os quais distribuem-se em dois domínios: “negação do preconceito” (9 itens) e “afirmação de diferenças” (5 itens) (SANTOS *et al.*, 2006) (ANEXO D). O primeiro domínio ressalta a ideia de que a discriminação racial não existe mais no Brasil e que é, supostamente, utilizada como uma forma de benefício para as pessoas negras. Já o segundo domínio, traduz a ideia de que pessoas negras possuem características específicas que as diferenciam das brancas, destacadamente em setores que exigem menor capacitação ou qualificação formal/intelectual. Este último domínio ressalta a crença de que pessoas negras e brancas são essencialmente diferentes (SANTOS *et al.*, 2006).

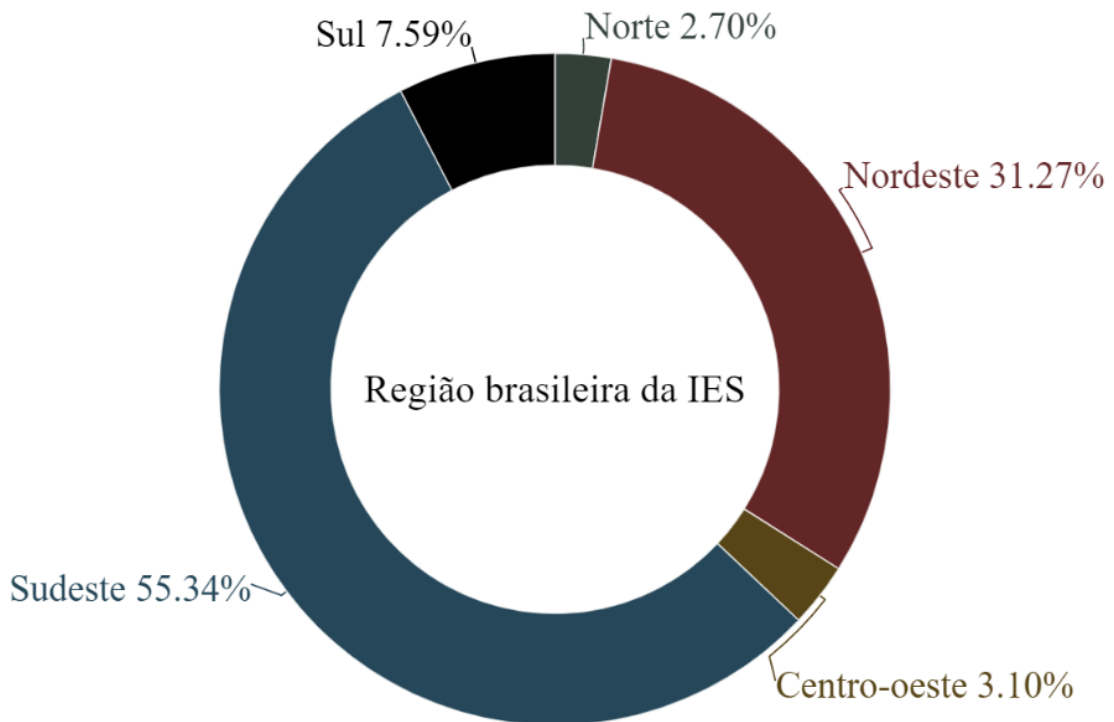
Na condução desta investigação, a versão brasileira da Escala de Racismo Moderno foi exposta de forma que cada item correspondesse a uma pergunta do formulário eletrônico (APÊNDICE F). Todas as respostas foram avaliadas em uma escala Likert de 7 pontos, em que “1” significava “discordo totalmente” e “7” “concordo totalmente”. Ao final, o escore total obtido poderia variar de 14 a 98, de maneira que maiores pontuações indicariam maiores níveis de racismo moderno do participante. A finalização do formulário eletrônico foi dada com o preenchimento de todos os quesitos de cada etapa e envio das respostas pelo participante.

4.5 Análise preliminar do formulário eletrônico

As respostas foram periodicamente avaliadas pelos pesquisadores a fim de identificar possíveis intercorrências ou dificuldades dos estudantes durante o preenchimento e envio do formulário. Uma análise descritiva (frequência) preliminar dos dados foi realizada com o tamanho amostral de 230 participantes em abril de 2022. A análise descritiva dos dados sociodemográficos e econômicos teve como propósito sumarizar e explorar o comportamento de distribuição das respostas obtidas, para que a variabilidade na seleção de sujeitos para a pesquisa fosse proporcional à de cursos de odontologia por região brasileira (MORITA *et al.*, 2021). Assim, como variável sociodemográfica principal, foi observada a distribuição das respostas de acordo com a região brasileira da IES dos participantes. Os resultados

preliminares demonstraram uma concentração demasiadamente desproporcional de estudantes por região (FIGURA 1).

Figura 1 – Distribuição geográfica dos respondentes durante a análise preliminar.



IES – Instituição de Ensino Superior.

Análise preliminar realizada com tamanho amostral de 230 participantes.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Maiores esforços para o recrutamento de participantes residentes nas regiões Norte, Centro-oeste e Sul foram tomados, e o recrutamento apenas foi encerrado com a proporção semelhante à disposição geográfica dos cursos de graduação em odontologia reconhecidos pelo Ministério da Educação do Brasil (MEC), segundo dados de 2020 (MORITA *et al.*, 2021). Não houve necessidade de adequações metodológicas na estrutura do formulário eletrônico e, por isso, todos os participantes da análise preliminar foram considerados para o estudo definitivo.

4.6 Análise estatística dos dados

As informações coletadas foram digitalizadas e organizadas em um banco de dados, utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 21.0, SPSS Inc., Chicago IL, EUA). O escore total na versão brasileira da Escala de Racismo Moderno (B-ERM) (variável quantitativa discreta) foi a variável dependente. As variáveis independentes corresponderam aos seguintes dados sociodemográficos e econômicos dos participantes: identidade de gênero (feminino, masculino, não-binário, prefiro não declarar), faixa etária (até os 20 anos, dos 20 aos 35 anos, acima dos 35 anos) e raça autodeclarada (branco, não-branco), bem como região brasileira da IES de matrícula (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste, Sul), seu tipo administrativo (pública, privada), período do curso de graduação (1º ao 3º semestre, 4º ao 6º semestre, a partir do 7º semestre) e ocupação (exclusivamente estudante, concilia estudos com trabalho remunerado). A renda familiar mensal foi avaliada em faixas salariais, considerando-se os grupos socioeconômicos: Classe A, Classe B, Classe C, Classe D e Classe E.

Foi realizada a análise descritiva dos dados sociodemográficos e econômicos dos estudantes de graduação em odontologia para a caracterização da amostra (distribuição de frequência, média, mediana, desvio-padrão, mínimo, máximo). Testes de análise bivariada foram utilizados para avaliar a associação entre o escore total dos participantes na B-ERM e as suas características sociodemográficas e econômicas. Para tal, foram previamente realizados testes de normalidade Shapiro-Wilk para cada variável independente, de forma que nenhuma variável apresentou distribuição normal. Assim, foram utilizados os testes não-paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para todas as variáveis independentes.

Análises uni- e multivariada foram realizadas por meio da regressão de Poisson com variância robusta. Variáveis com valor de $p \leq 0,20$ no modelo não-ajustado foram incorporadas ao modelo ajustado para a análise multivariada. As mudanças de efeito foram consideradas no modelo final. Para todas as análises, o nível de significância estatística foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação foram relatados por meio de um artigo, apresentado a seguir.

6 ARTIGO

Is “modern racism” a measurement to emphasize social hierarchies? The myth of racial democracy among Brazilian dental students.

Correspondence:

Renata Matos Lamenha-Lins

Graduate Program in Dentistry, Faculty of Dentistry, Universidade Federal de Minas Gerais.

Address: Avenue Presidente Antônio Carlos, 6627, Belo Horizonte, MG, 31270-901, Brazil.

Phone number: +553134092470.

Email: renatamlamenha@gmail.com.

Artigo formatado de acordo com as normas do periódico *Journal of Public Health Dentistry* (ANEXO H) – Fator de impacto 2021: 2.258; Qualis CAPES: A3.

Title page

Title: Is “modern racism” a measurement to emphasize social hierarchies? The myth of racial democracy among Brazilian dental students.

Abstract

Objectives: Modern Racism is a theoretical construct based on the idea that racism is currently expressed in more subtle ways, due to contemporary social norms. This survey analyzed the association of the total score on the Brazilian version of the Modern Racism Scale (B-MRS) with sociodemographic and economic characteristics of undergraduate dental students.

Methods: A cross-sectional online survey was conducted among undergraduate dental students based in all Brazilian regions. Students were recruited using a snowball sampling technique by remote classes, email, and social media. Participants responded to an electronic form divided into: (1) sociodemographic and economic variables and (2) the B-MRS. Responses of the B-MRS were rated by a 7-point Likert scale. Higher B-MRS scores would signify higher levels of modern racism. Descriptive, bivariate analysis and Poisson regression with robust variance were performed ($p < 0.05$).

Results: Participated in this survey 441 Brazilian undergraduate dental students, of which most self-declared to be white (54.9%) and female (78.1%). The bivariate analysis demonstrated higher B-MRS scores among non-white participants, compared to those self-declared as white. Nonetheless, this association was not observed with the multivariate adjusted model. The multivariate analysis suggested higher B-MRS scores among male students and those enrolled in private educational institutions. Participants of the lowest socioeconomic status had higher B-MRS scores compared to those of the highest. Dental students from the North and Northeast regions of Brazil scored higher B-MRS means than those from the South.

Conclusions: Scores on the B-MRS were influenced by dental students' sociodemographic and economic characteristics.

Keywords: Racism, Dental Schools, Dental Education, Public Health Dentistry.

Introduction

Amidst decades of scientific research in the field of dentistry, the negative oral health outcomes of disadvantaged racial groups have been well-documented, as racial gaps in oral health persist across time and space¹. Notwithstanding, race has no biological meaning, and such scenario underlies the physiologic expressions of social injustice – that is, racism². Comprehending the pathways by which knowledge and power are organized for the benefit of Whites is fundamental for reducing racial inequities in oral health³. As social constructs, racial groups represent what societies historically attribute to them. Thus, the critical appraisal of racialized groups bears social and political contexts that reflect differently in different societies⁴.

In Brazil, the myth of racial democracy is extensively disseminated through the collective imaginary and intends to mask racism^{5,6}. The Brazilian miscegenation and the idea of harmonious coexistence among racial groups contributed to the general belief that racial discrimination is not a problem in the country⁶. In this sense, white supremacy is accordingly consolidated by means of both possession of power itself and social unspoken consensus. The ideology of meritocracy introduced in the Brazilian society works conjointly with racism to maintain hierarchical racial positions⁵.

Alongside this perspective, the disapproval of explicit racial hostilities driven by contemporary social norms built more subtle, i.e., “modern”, expressions of racism, which spread throughout all social spaces and institutions, such as dental schools^{7,8}. The concept of modern racism emerged as a theoretical construct in the United States, subsequently the civil rights movement of the 1950s and 1960s. The term refers to the discrimination against Black Americans mainly based on political conservatism of opposition to Blacks’ rights during that context⁷⁻⁹.

A growing body of evidence has surrounded the ramifications of racism in Higher Educational Institutions (HEI) of Dentistry worldwide. For instance, recent studies have centered their aim on investigating (1) the underrepresentation of disadvantaged racial groups in dental education and workforce¹⁰, (2) patients’ perception of racial discrimination in oral healthcare settings¹¹, and (3) students’ experiences of racism in dental schools¹². Nonetheless, given the multiplicity of racism in the patient-student-professor-institution system, it is also necessary to understand its manifestation from dental students to support disarranging the racist frame in HEI. Such conception would assist in decolonizing dental curricula in Brazilian HEI by

addressing its rethinking and reconstruction to the roots of racial inequities in oral health^{4,5,13,14}.

Efforts to dismantle racial oppression in overwhelmingly White spheres, e.g., HEI of Dentistry³, are crucial, especially in countries with limited resources destined for the health system, such as Brazil. Along with that, Brazilian-style white supremacy seems to be veiled, operating as a social pact⁵. The denial of racism is a major issue in the country and must be a target as a central point of debate and dental research. For that purpose, this national survey was designed to analyze the association of the total score on the Brazilian version of the Modern Racism Scale (B-MRS) with the sociodemographic and economic characteristics of undergraduate dental students.

Methods

Ethical statement

This study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and was reviewed and approved by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais (Protocol number: #05021018.7.0000.5149). The first section of the electronic form stated the ethical aspects of this survey, with the informed consent form to be agreed by students who would volunteer to participate. The user was advised to take a screenshot or to save the term in Portable Document Format (PDF), to retain a copy of the file. Students were assured of the confidentiality of their identity and the data collected by the researchers.

Study design and eligibility criteria

A cross-sectional survey was conducted using a self-administered questionnaire, made available online using the Google Forms platform (Google Inc., Mountain View, CA, USA). The recommendations of the Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS)¹⁵ were consulted for this paper.

The target population comprised Brazilian undergraduate dental students, with no restrictions on age, gender, race, ethnicity, and socioeconomic background. Students enrolled in public and private HEI of Dentistry from the North, Northeast, Midwest, Southeast, and South regional divisions of Brazil were invited to participate. Exclusion criteria comprehended users who (1) were not undergraduate dental students and (2) had previously answered the form. These requirements were

presented in the first section and if any item was not assured, the form was immediately finished and sent. Data collection was performed from November 2021 to July 2022.

Sample selection and recruitment

A convenience sample using the technique of snowball sampling for the recruitment of participants was chosen to gain a broader geographic and numerical reach of responses. The researchers contacted professors of public and private Dentistry courses based in all five regional divisions of Brazil to present the survey and invite them to engage in disseminating it to their own institutions and to professors of other HEI of their network. Students were invited to participate via remote lectures, email, and social media. Participants were also requested to indicate the survey to support targeting eligible respondents.

As the sample size expanded wave by wave of students' recruitment, the risk of selection bias of the initial seeds was progressively reduced¹⁶. Descriptive analysis was periodically performed and data collection was only concluded with an equilibrium of the sociodemographic composition of the sample¹⁶. Thus, participants' recruitment was completed with the geographic proportion of responses similar to that of Dentistry courses per Brazilian region¹⁷.

Virtual pamphlets and a brief video concerning the research proposal were developed as mediatic invitations to be promoted accompanied by the website link of the questionnaire, necessarily displayed in a convenient way to be accessed. Such media contents were diffused using the digital platforms Instagram and WhatsApp. On Instagram, researchers and volunteers (professors and dental students) shared stories and/or feed posts of the invitations on their personal accounts. On WhatsApp, invitations were sent by messages transmitted to groups of undergraduate dental students that had already existed for institution's information or classes.

Recruitment campaigns were created in both social media during nationally and internationally relevant days of reaffirmation of the persistent struggle against racial discrimination. The first campaign was driven during the Day of Black Consciousness or Black Awareness (*Dia da Consciência Negra*), historically celebrated in Brazil on November 20th. Such remembering day is the most important date for the Afro-Brazilian community, which honors and stands up for Blacks' rights, culture, and dignity. The second campaign was created to be promoted during the International Day for the

Elimination of Racial Discrimination, settled by the United Nations Organization to be celebrated on March 21st. Both campaigns were directed with specific media content for each historical day. The same strategy abovementioned for promoting the survey research and inviting participants was adopted during the recruitment campaigns.

Questionnaire content and data collection

All items of the electronic form were of mandatory response. The second section initiated the questionnaire and presented items of sociodemographic and economic characterization. Students were asked about their gender identity (female, male, non-binary, prefer not to declare)¹⁸, self-declared race, age (in years), current semester of the Dentistry course (first to tenth), and to which HEI they belong. Students' age was classified into three categories for data analysis: up to 20 years old, from 20 to 35 years old, and over 35 years old. Based on the information of participants' HEI, two variables were created: regional division of the HEI (North, Northeast, Midwest, Southeast, South) and administrative type (public, private). Participants' occupation was also questioned and could be answered with the closed alternatives 1) is exclusively student, or 2) manages studies with paid work not related to the course.

The self-declaration of students' color/race or ethnic origin was classified according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), established as black, brown (*pardo*), indigenous, white, or yellow. The IBGE criterion was adopted because it is the reference for enrollment in Brazilian HEI¹⁹. Nonetheless, the self-declaration of race/ethnicity is a complex statement in Brazil, as there is a relevant national debate surrounding the colonial trait expressed by such classification.

The designation "*pardo*" commonly refers to a person of mixed race, e.g., of Indigenous-Black, Indigenous-White, or Black-White heritage. Identifying your race in terms of skin color, culture, legal rights, and social prestige bears certain confusion in Brazilian society^{20,21}. Declaring "who is racially who" in Brazil is a long-standing social and political issue²¹, primarily because it is essentially based on phenotypical characteristics. In any case, the structural disposition of racism grants symbolic and material privilege to those considered white, when compared to non-white individuals⁵. Thus, participants' self-declared race was recategorized as "white" and "non-white" (black, brown, indigenous, yellow) for statistical analysis. Such grouping of racial categories does not underestimate the peculiarities of inequality regarding each

racialized group. It was exclusively adopted to better identify the role of Brazilian whiteness in the expression of racism in HEI of Dentistry^{5,22}.

The last sociodemographic data collected constituted monthly family income. The item was based on the socioeconomic questionnaire of subscription in the National High School Exam (ENEM), the standard exam for admission in Brazilian public universities. Monthly family income was classified according to different salary ranges, all of which the reference was the Brazilian minimum wage (approximately USD235). Variables were then recategorized to improve statistical significance between groups, conforming to socioeconomic status. These categories corresponded to: Class E (up to USD235); Class D (from 1 to 3 minimum wages ~ USD235,01 to USD703); Class C (from 3 to 6 minimum wages ~ USD703,01 to USD1.406); Class B (from 6 to 9 minimum wages ~ USD1.406,01 to USD2.110); and Class A (more than 9 minimum wages ~ USD2.110,01).

The fulfillment of the sociodemographic and economic section led participants to the following page of the survey. The last step of the electronic questionnaire comprised the Brazilian version of the Modern Racism Scale (B-MRS)^{7,23}. The Modern Racism Scale was developed to measure the cognitive component of subtle racial attitudes through a less reactive approach, accessing the central notion of a disguised prejudice^{7,8}.

The instrument was updated and validated to be applied in Brazil in 2006 with the purpose of demystifying the so-called racial democracy²³. The Brazilian version of the Modern Racism Scale (B-MRS) includes 14 items, distributed into two domains: “denial of prejudice” (9 items) and “affirmation of differences” (5 items). The first domain emphasizes the idea that racism no longer exists in Brazil and that it is supposedly used as a form of social benefit for black people. The second domain reflects the idea that Blacks have characteristics that differentiate them from white individuals, especially in areas that require a less formal qualification. The latter focuses on the belief that Blacks and Whites are essentially different²³.

All items of the B-MRS were rated on a 7-point Likert-type scale, settled from “strongly disagree” to “strongly agree”. The total score ranged from 14 to 98, of which higher scores would signify higher levels of modern racism. The electronic form was concluded with the completion of all questions and sending of the responses.

Data analysis

The information gathered was organized in a database using the Statistical Package for the Social Sciences (version 21.0, SPSS Inc., Chicago IL, USA). Descriptive analysis was performed for sample characterization. The total score on the B-MRS was the dependent variable. Independent variables comprised participants' gender, self-declared race, age, current semester of the Dentistry course, occupation, Brazilian regional division of the HEI of enrollment and its administrative type, and socioeconomic status. Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used to analyze the association between participants' total scores on the B-MRS and their sociodemographic and economic characteristics. Tukey's post-hoc test and Bon Feroni correction were used to observe the groups of comparison in which statistically differences occurred. Uni- and multivariate analysis were performed by Poisson regression with robust variance. Variables with a p-value ≤ 0.20 in the non-adjusted model were incorporated into the adjusted model for the multivariate analysis and effect changes were considered in the final model. The level of statistical significance was set at 5% ($p < 0.05$).

Results

A total of 485 users accessed the electronic form and 441 (90.9%) agreed to participate in this survey. The mean age among participants was 24.1 years (± 5.4), ranging from 17 to 53 years old. Most students declared themselves to be white ($n=242$; 54.9%), followed by brown ($n=153$; 34.7%), black ($n=34$; 7.7%), indigenous ($n=8$; 1.8%), and yellow ($n=4$; 0.9%). Regarding their gender identity, only one student declared to be non-binary (0.2%) and one preferred not to declare (0.2%). Because of the low rate of responses of such groups, they were not included in the uni- and multivariate analysis. Descriptive data regarding the distribution of Brazilian undergraduate dental students' self-declared race and socioeconomic status according to the regional division and administrative type of their HEI are shown in Table 1.

Table 2 demonstrates the sociodemographic and economic data of students and the bivariate analysis with their total score on the Brazilian version of the Modern Racism Scale (B-MRS). Higher B-MRS scores were observed among male ($p=0.008$) and non-white ($p=0.002$) participants. Assessed by the age group, students over 35

years old presented higher B-MRS means when compared to those between 20 and 35 years ($p=0.024$). As for the socioeconomic status, students belonging to Class E scored significantly higher B-MRS means than those of Class D ($p=0.002$), Class C ($p=0.001$), and Class A ($p=0.001$). Students enrolled in private HEI of Dentistry obtained higher B-MRS scores compared to those from public institutions ($p=0.001$). Higher B-MRS means were observed among students from the North regional division, compared to those from the South of Brazil ($p=0.012$). Participants enrolled from the 7th semester of the course obtained higher B-MRS means, compared to students between the 4th and 6th semesters of dentistry ($p=0.048$).

Poisson regression with robust variance was performed to analyze effect changes in the multivariate adjusted model (Table 3). The final model showed that the B-MRS total score was statistically higher among male dental students (Prevalence Ratio [PR]=1.130; 95% Confidence Interval [CI]: 1.027-1.244) and those enrolled in private educational institutions (PR=1.404; 95% CI: 1.272-1.550). As for the socioeconomic status, participants of Class E (PR=1.321; 95% CI: 1.134-1.538) and Class B (PR=1.188; 95% CI: 1.008-1.402) obtained higher B-MRS scores when compared to those of Class A. Students from the North (PR=1.410; 95% CI: 1.173-1.695) and Northeast (PR=1.187; 95% CI: 1.023-1.378) Brazilian regional divisions scored higher B-MRS values than students from the South region.

Discussion

Taken together, our results suggest an interesting background of the arrangement of power and racism in Brazilian Higher Educational Institutions (HEI) of Dentistry. Despite its purpose of measuring subtle individual-level racist beliefs^{7,23}, the B-MRS seems to have evidenced the pathways by which Whites maintain their social supremacy in Brazil. By emphasizing it, our study reveals a wider understanding of the expressions of racism and their relation to social and historical processes in Brazil. During the discussion of our results that follows, we do not assume that the statistical associations observed implied higher or lower “modern racism” of participants, but accurately higher or lower scores on the B-MRS.

In our survey, male Brazilian undergraduate dental students scored higher mean values on the B-MRS, when compared to female respondents. A plausible explanation comprehends the complexity of the systems of oppression present in the

intersections of social categories, e.g., race, gender, and class²⁴. As a socially dominant group, men enjoy the benefits of their position, and the dominant discourse may provide more assertiveness to declare racial discrimination. Such presumption is based on the theory of the intersectionality of racism and sexism^{24,25}.

As for the self-declared race, white dental students obtained lower mean scores on the B-MRS in the bivariate analysis, compared to those self-declared as non-white. Although this association was not observed in our multivariate adjusted model, it still demonstrates how Whites remain to deny racism in Brazil. Certainly, an intriguing, but not surprising result. Yet the B-MRS was constructed to encompass the denial of racial discrimination in its psychometric properties, perhaps the social dynamics have adapted racism to be even more camouflaged by whiteness since the time of B-MRS's publication^{5,23}. A hypothesis would be that the items applied on the B-MRS currently signify explicit racist affirmatives and, by such recognition, Whites promptly declared their disagreement to escape the racist accusation, thus scoring even lower than non-white participants.

This reasoning is also consistent with the lower B-MRS scores observed among students of the highest socioeconomic status, i.e., Class A, particularly compared to those of Class E. It would be unfoundedly reductionist to assume that this result corresponds to their real social positions of power. Understanding the punctuation of such groups on the B-MRS requires a critical evaluation of whether the instrument currently predicts the social and political aspects that it originally intends to^{7,8,23}.

The B-MRS encompasses items regarding Blacks' rights, which include public policies¹⁰. Contrarily, it is of general awareness the historical opposition of high-income individuals against important affirmative actions in Brazil, such as the Quota Law, which allowed racially marginalized students to ingress federal HEI by reserving 50% of its vacancies for such groups²⁶. Sustained on the ideology of meritocracy, the Brazilian economic and political elite resisted the occupation of social minorities in spaces they used to inherit^{5,26}. In this sense, we believe that the lower scores obtained by the socioeconomic Class A were also an attempt to deny racism and hold power.

Our survey also demonstrated higher B-MRS scores of dental students from the North and Northeast regional divisions of Brazil, when compared to participants from the South. This result is undoubtedly provocative and may present two main sources. There is an important socioeconomic inequality between these regions, whereas the

North and Northeast are marked by poorer self-rated health, high income concentration, and worse growth rates when compared to the South²⁷. However, the steep gradient between North/Northeast and South regions is not only socioeconomic, but also historically racialized. The roots of southern Brazilian society are of European heritage, and its colonial traits are still expressed by its whiteness and the general sense of racial hierarchy²⁸. Thus, the higher B-MRS scores amidst the most deprived regions of Brazil, compared to the wealthiest¹⁷, perhaps serve as two sides of a coin: emphasis of inequality and power maintenance.

Regarding the administrative type of dental students' HEI, our study observed higher B-MRS scores among participants enrolled in private higher education when compared to those of public universities. Even though it may seem intuitive to assume that this result is closely linked to the abovementioned Quota Law²⁶, it is also important to raise political initiatives directed to private institutions. In Brazil, public HEI are predominantly tuition-free, while private institutions are not. The national average of monthly tuition fees of Brazilian private dental schools is approximately USD560, which is not affordable for many families²⁹. However, from the 2000s, government programs of funding were created to promote access of students of lower socioeconomic status to private HEI, e.g., the Student Loan Fund (FIES) and the University for All Program (PROUNI)²⁹.

These funding programs were of exceptional relevance to increase the opportunities of low-income groups to adhere to higher education. Because of this context, the racial and socioeconomic profiles of dental students enrolled in public and private Brazilian HEI have been progressively changing to be more diverse^{26,30}, as it was also observed in our descriptive analysis. This scenario does not allow addressing precise social hierarchies between these students³⁰. Instead, we believe that our result opens margin for further research to analyze the social dynamics and antiracist engagement in both Brazilian HEI to understand their different responses¹⁴.

Our study presents limitations that should be considered. The convenience snowball sampling does not enable the general representativeness of the findings. The survey design did not apply specific methods to guarantee that respondents were undergraduate dental students. The interpretation of our results perhaps would be in-depth explored with qualitative and mixed methods studies²³. Admitting such features, we consider that future population-based research with a qualitative approach should

be encouraged. Besides, intervention studies with the aim of assessing antiracist educational strategies directed to dental students should be a fertile line of research to pursue.

Conclusion

The total scores on the B-MRS were influenced by dental students' sociodemographic and economic characteristics. Our results suggest that racism remains to be denied by socially dominant groups, corroborating the myth of racial democracy in Brazilian society.

Acknowledgments

The authors acknowledge the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) for supporting this survey research. Also, the authors acknowledge all dental students who participated and contributed to this investigation.

Conflict of interest

The authors have no conflicts of interest to declare.

References

1. Bastos JL, Celeste RK, Paradies YC. Racial inequalities in oral health. *J Dent Res.* 2018;97(8):878-886. <https://doi.org/10.1177/0022034518768536>
2. Flanagin A, Frey T, Christiansen SL. Updated guidance on the reporting of race and ethnicity in medical and science journals. *JAMA.* 2021;326(7):621-627.
3. Lala R, Gibson BJ, Jamieson LM. The Relevance of Power in Dentistry. *JDR Clin Trans Res.* 2021;6(4):458-459.
4. Fleming E, Raskin SE, Brody E. From describing disparities to understanding why disparities exist: Anti-racist methods to support dental public health research. *J Public Health Dent.* 2022;82(1):73-78.
5. Schucman LV, Melo WC. White Supremacy, Brazil Style. *NACLA Rep Am.* 2022;54(2):1-7. <https://doi.org/10.1080/10714839.2022.2084991>

6. Brito L. Portraits of black politics and resistance in Brazil. *NACLA Rep Am.* 2022;54(2):129-131.
7. McConahay JB, Hardee BB, Batts V. Has racism declined in America? It depends on who is asking and what is asked. *J Confl Resolut.* 1981;25(4):563-579.
8. McConahay JB. Modern racism and modern discrimination: The effects of race, racial attitudes, and context on simulated hiring decisions. *Pers Soc Psychol Bull.* 1983;9(4):551-558.
9. Bonilla-Silva E. *Racism without racists: Color-blind racism and the perspective of racial inequality in America.* 4th Edition. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.; 2014.
10. Smith SG, Banks PB, Istrate EC, Davis AJ, Johnson KR, West KP. Anti-racism structures in academic dentistry: supporting underrepresented racially/ethnically diverse faculty. *J Public Health Dent.* 2022;82(1):103-113.
11. Singhal A, Jackson JW. Perceived racial discrimination partially mediates racial-ethnic disparities in dental utilization and oral health. *J Public Health Dent.* 2022;82(1):63-72.
12. Ahmadifard A, Forouhi S, Waterhouse P, Muirhead V. A student-led qualitative study to explore dental undergraduates' understanding, experiences, and responses to racism in a dental school. *J Public Health Dent.* 2022;82(1):36-45.
13. Ali K, McColl E, Tredwin C, Hanks S, Coelho C, Witton R. Addressing racial inequalities in dental education: decolonizing the dental curricula. *Br Dent J.* 2021;230(3): 165-169.
14. Demopoulos CA, Kohli R, Dhar S, Raju K. Racial and oral health equity in dental school curricula. *J Public Health Dent.* 2022;82(1):114-122.
15. Sharma A, Duc NTM, Thang TLL, Nam NH, Ng SJ, Abbas KS, et al. A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *J Gen Intern Med.* 2021;36(10):3179-3187.
16. Heckathorn DD. Snowball Versus Respondent-Driven Sampling. *Sociol Methodol.* 2011;41(1):355-366.
17. Morita MC, Uriarte Neto M, Fontanella VRC, Haddad AE. The unplanned and unequal expansion of Dentistry courses in Brazil from 1856 to 2020. *Braz Oral Res.* 2021;35:e009.

18. Tadiri CP, Raparelli V, Abrahamowicz M, Kautzky-Willer A, Kublickiene K, Herrero MT, et al. Methods for prospectively incorporating gender into health sciences research. *J Clin Epidemiol*. 2021;129:191-197.
19. Brazil. Statistical Synopsis of ENEM 2021 [Internet]. National Institute of Educational Studies and Research Anísio Teixeira (INEP); 2022 Jul [cited 2022 Aug]. Available from: <https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/enem>.
20. Mendes K. 'I am Indigenous, not pardo': Push for self-declaration in Brazil's census [Internet]. *Mongabay News & Inspiration From Nature's Frontline*; 2021 Jun [cited 2022 Aug]. Available from: <https://news.mongabay.com/2021/06/i-am-indigenous-not-pardo-push-for-self-declaration-in-brazils-census/>.
21. Costa ES, Schucman LV. Identidades, Identificações e Classificações Raciais no Brasil: O Pardo e as Ações Afirmativas. *Estud Pesqui Psicol*. 2022;22(2).
22. Santos RV, Bastos JL, Kaingang JD, Batista LE. Should there be recommendations on the use of "race" in health publications? An emphatic "yes", especially because of the implications for antiracist practices. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3):e00021922.
23. Santos WS, Gouveia VV, Navas MS, Pimentel CE, Gusmão EES. Escala de racismo moderno: Adaptação ao contexto brasileiro. *Psicol Estud*. 2006;11(3):637-645.
24. Collins, P.H. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. New York: Routledge; 2009.
25. Crenshaw K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Rev*. 1991;43(6):1241-1299.
26. Reis DB, Santos JR. Wins and Uncertainties After 10 Years of Affirmative Action. *NACLA Rep Am*. 2022;54(2):203-208.
27. Mourao P, Junqueira A. Through the Irregular Paths of Inequality: An Analysis of the Evolution of Socioeconomic Inequality in Brazilian States Since 1976. *Sustainability* 2021;13:2356.
28. Jones T. Xenophobia in Spite of Citizenship: Seasonal Migrant Workers in Brazil. *J Lat Am Stud*. 2020;17(2):54-68.
29. Maia LS, Dal Poz MR. Characteristics and trends in the expansion of private dental schools in Brazil. *Int Dent J*. 2020;70:435-443.

30. Bertolin J, McCowan. The Persistence of Inequity in Brazilian Higher Education: Background Data and Student Performance. In: Tavares O, Sá C, Sin C, Amaral A, editors. *Equity Policies in Global Higher Education*. Springer International Publishing; 2022. p. 71-88.

Tables

Table 1 – Descriptive sociodemographic data of the distribution of Brazilian undergraduate dental students' self-declared race and socioeconomic status according to the regional division and administrative type of their Higher Educational Institution.

Higher Educational Institutional	Self-declared race (IBGE criterion)					Socioeconomic status				
	Black	Brown	Indigenous	White	Yellow	Class A	Class B	Class C	Class D	Class E
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Brazilian region										
North	6 (7.3%)	43 (52.4%)	6 (7.3%)	26 (31.7%)	1 (1.2%)	11 (13.4%)	12 (14.6%)	16 (19.5%)	27 (32.9%)	16 (19.5%)
Northeast	6 (8.3%)	33 (45.8%)	1 (1.4%)	31 (43.1%)	1 (1.4%)	9 (12.5%)	8 (11.1%)	16 (22.2%)	26 (36.1%)	13 (18.1%)
Midwest	5 (5.7%)	36 (40.9%)	1 (1.1%)	45 (51.1%)	1 (1.1%)	15 (17%)	11 (12.5%)	29 (33%)	26 (29.5%)	6 (6.8%)
Southeast	10 (7.6%)	34 (25.8%)	-	87 (65.9%)	1 (0.8%)	25 (18.9%)	18 (13.8%)	35 (26.5%)	33 (25%)	11 (8.3%)
South	7 (11.5%)	5 (8.2%)	-	49 (80.3%)	-	14 (23%)	10 (16.4%)	20 (32.8%)	10 (16.4%)	7 (11.5%)
Administrative type										
Public	22 (9.3%)	91 (38.6%)	8 (3.4%)	113 (47.9%)	2 (0.8%)	34 (14.7%)	36 (15.5%)	64 (27.6%)	64 (27.6%)	34 (14.7%)
Private	12 (6%)	60 (30.2%)	-	125 (62.8%)	2 (1%)	40 (20.8%)	23 (12%)	52 (27.1%)	58 (30.2%)	19 (9.9%)

IBGE = Brazilian Institute of Geography and Statistics; N = Number of participants.

Table 2 – Descriptive sociodemographic and economic data of Brazilian undergraduate dental students and bivariate analysis between the independent variables and the total score on the Brazilian version of the Modern Racism Scale.

Variables	Dental students	Total score on the B-MRS			
	N (%)	Mean (\pm SD)	Min – Max	Median	<i>P</i>
Gender					
Female	343 (78.1%)	32.5 (15.7)	14 – 98	29	.008*
Male	96 (21.9%)	37.2 (16.9)	14 – 93	36	
Self-declared race					
White	242 (54.9%)	32 (15.7)	14 – 98	29	.002*
Non-white	199 (45.17%)	35.8 (16.3)	14 – 86	32	
Age group					
Up to 20 years old	78 (17.7%)	33.8 (15.1)	14 – 93	31	.030**
20 to 35 years old	341 (77.5%)	32.9 (15.7)	14 – 98	29	
Over 35 years old	21 (4.8%)	42.4 (21.6)	14 – 82	43	
Socioeconomic status					
Class E	53 (12.5%)	42.1 (19.4)	14 – 86	41	.005**
Class D	122 (28.8%)	32.3 (14.2)	14 – 79	30.5	
Class C	116 (27.4%)	31.7 (14.2)	14 – 93	28.5	
Class B	59 (13.9%)	35.5 (19.5)	14 – 98	32	
Class A	74 (17.5%)	31.1 (14.2)	14 – 84	28	
Brazilian region of the HEI					
North	82 (18.9%)	37.8 (19.1)	14 – 98	33	.033**
Northeast	72 (16.6%)	33.9 (15.7)	14 – 65	29.5	
Midwest	88 (20.2%)	34.3 (15.1)	14 – 84	33	
Southeast	132 (30.3%)	32.1 (15.4)	14 – 93	29	
South	61 (14%)	29 (13.5)	14 – 82	25	
Administrative type of the HEI					
Public	236 (54.3%)	30.5 (16.1)	14 – 98	25	.001*
Private	199 (45.7%)	37 (15.3)	14 – 93	36	

Semester of Dentistry course					
1 st to 3 rd semester	119 (27%)	31 (14.7)	14 – 86	31	.025**
4 th to 6 th semester	89 (20.2%)	30.2 (15.3)	14 – 84	24	
From the 7 th semester	233 (52.8%)	35 (16.8)	14 – 98	32	
Occupation					
Is exclusively student	297 (70%)	33.1 (16)	14 – 93	30	.229*
Manages studies and work	127 (30%)	34.7 (16.2)	14 – 98	34	

B-MRS = Brazilian version of the Modern Racism Scale; HEI = Higher Education Institution; N = Number of participants; SD = Standard Deviation; Min = Minimum; Max = Maximum; P = Probability value. *Mann-Whitney test; **Kruskal-Wallis and post-hoc test. Values in bold represent a statistically significant difference.

Table 3 – Poisson regression of the sociodemographic characteristics of dental students associated with the total score on the Brazilian version of the Modern Racism Scale.

Variables	Total score on the B-MRS			
	Unadjusted model		Adjusted model	
	PR (95% CI)	P	PR (95% CI)	P
Sex				
Male	1.145 (1.032 – 1.270)	.011	1.130 (1.027 – 1.244)	.013
Female	1		1	
Self-declared race				
Non-white	1.102 (1.009 – 1.205)	.031	1.048 (0.958 – 1.147)	.307
White	1		1	
Age group				
Up to 20 years old	0.796 (0.630 – 1.006)	.056	0.887 (0.717 – 1.098)	.270
20 to 35 years old	0.775 (0.623 – 0.964)	.022	0.833 (0.692 – 1.003)	.054
Over 35 years old	1		1	
Socioeconomic status				
Class E	1.353 (1.152 – 1.588)	<.001	1.321 (1.134 – 1.538)	<.001
Class D	1.037 (0.911 – 1.180)	.583	1.015 (0.897 – 1.149)	.810
Class C	1.019 (0.893 – 1.162)	.784	1.050 (0.919 – 1.200)	.474
Class B	1.139 (0.958 – 1.355)	.140	1.188 (1.008 – 1.402)	.040
Class A	1		1	
Brazilian region of the HEI				
North	1.303 (1.111 – 1.529)	.001	1.410 (1.173 – 1.695)	<.001
Northeast	1.169 (0.999 – 1.369)	.052	1.187 (1.023 – 1.378)	.024
Midwest	1.183 (1.020 – 1.372)	.026	1.045 (0.902 – 1.212)	.557
Southeast	1.109 (0.962 – 1.279)	.153	1.044 (0.910 – 1.198)	.537
South	1		1	
Administrative type of the HEI				
Private	1.214 (1.111 – 1.326)	<.001	1.404 (1.272 – 1.550)	<.001
Public	1		1	
Semester of Dentistry course				
1 st to 3 rd semester	0.944 (0.854 – 1.045)	.266	0.917 (0.813 – 1.035)	.161
4 th to 6 th semester	0.865 (0.766 – 0.977)	.020	0.952 (0.846 – 1.071)	.411
From the 7 th semester	1		1	

B-MRS = Brazilian version of the Modern Racism Scale; HEI = Higher Education Institution; PR = Prevalence Ratio; CI = Confidence Interval; P = Probability value. Values in bold represent a statistically significant difference.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a ideia da existência de uma democracia racial e convivência harmoniosa entre diferentes grupos racializados é amplamente disseminada no imaginário coletivo da população, como tentativa de mascarar o racismo brasileiro (BRITO, 2022; SCHUCMAN; MELO, 2022). Assim, a supremacia branca brasileira é consolidada tanto por meio da própria posse do poder quanto por um consenso social não discutido (SCHUCMAN; MELO, 2022).

A redução das iniquidades em saúde bucal requer que pesquisadores interessados no estudo da equidade direcionem o enfoque para a abordagem e entendimento de como as relações de poder se articulam para manter o benefício dos grupos dominantes. O racismo, como um sistema estruturado, age em todas as esferas sociais e abrange o sistema de saúde, instituições de ensino superior em odontologia e relação clínico-paciente (BASTOS *et al.*, 2020; BORRELL; WILLIAMS, 2022). Caso as abordagens em saúde bucal permaneçam amenas aos efeitos da opressão racial para a prestação do serviço de saúde, os esforços para a redução das iniquidades raciais presentes serão limitados (BASTOS *et al.*, 2021). É fundamental extrapolar a associação de dados sociodemográficos da população com indicadores de saúde bucal e contestar as disparidades historicamente documentadas.

Neste estudo, o Racismo Moderno foi influenciado por aspectos sociodemográficos e econômicos dos estudantes de graduação em odontologia. Os nossos achados sugerem que o racismo permanece negado por grupos sociais dominantes e, assim, contribui para compreender a expressão racista em Instituições de Ensino Superior em odontologia. Uma vez que é imperativo refletir se as medidas atualmente propostas pelas instituições de ensino e sistema de saúde alcançam a profundidade das relações de poder que sustentam as iniquidades raciais em saúde bucal, este estudo poderá contribuir para o aprimoramento de projetos pedagógicos nos cursos de odontologia no Brasil.

REFERÊNCIAS

AHMADIFARD, A.; FOROUHI, S.; WATERHOUSE, P.; MUIRHEAD, V. A student-led qualitative study to explore dental undergraduates' understanding, experiences, and responses to racism in a dental school. **Journal of Public Health Dentistry**, [S.L.], v. 82, n. 1, p. 36-45, 2022.

BASTOS, J. L.; CONSTANTE, H. M.; CELESTE, R. K.; HAAG, D. G.; JAMIESON, L. M. Advancing racial equity in oral health (research): more of the same is not enough. **European Journal of Oral Sciences**, [S.L.], v. 128, n. 6, p. 459-466, 2020.

BASTOS, J. L.; CONSTANTE, H. M.; JAMIESON, L. M. Making science and doing justice: the need to reframe research on racial inequities in oral health [Special issue of Community Dental Health, to be disseminated at the 'Racism and oral health inequities' International Association for Dental Research symposium, July 2021, Boston, USA]. **Community Dental Health**, [S.L.], v. 38, n. 2, p. 132-137, 2021.

BAUER, G. R.; CHURCHILL, S. M.; MAHENDRAN, M.; WALWYN, C.; LIZOTTE, D.; VILLA-RUEDA, A. A. Intersectionality in quantitative research: a systematic review of its emergence and applications of theory and methods. **SSM - Population Health**, [S.L.], v. 14, p. 1-11, 2021.

BONILLA-SILVA, E. **Racism Without Racists: Color-blind Racism and the Perspective of Racial Inequality in America**. 4. ed. Lanhan: Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2014. 385 p.

BORRELL, L. N.; WILLIAMS, D. R. Racism and oral health equity in the United States: identifying its effects and providing future directions. **Journal of Public Health Dentistry**, [S.L.], v. 82, n. 1, p. 8-11, 2022.

BRASIL. INEP. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. (Org.). **Sinopse Estatística do ENEM 2021**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/enem>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. INEP. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. (Org.). **Questionário socioeconômico ENEM 2021**. Disponível em: <https://enem.inep.gov.br/participante/#!/inscricao/qse/questionario>. Acesso em: 1 nov. 2021.

BRITO L. Portraits of Black Politics and Resistance in Brazil. **NACLA Report on the Americas**, [S.L.], v. 54, n. 2, p. 129-131, 2022.

CAMINO, L.; ÁLVARO, J. L.; TORRES, A. R. R.; GARRIDO, A.; MORAIS, T.; BARBOSA, J. Explaining Social Discrimination: racism in Brazil and xenophobia in Spain. **The Spanish Journal of Psychology**, [S.L.], v. 16, n. 0, p. 1-13, 2013. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2013.65>.

CHISINI, L. A.; COLLARES, K.; BASTOS, J. L. D.; PERES, K. G.; PERES, M. A.; HORTA, B. L. *et al.* Skin color affect the replacement of amalgam for composite in posterior restorations: a birth-cohort study. **Brazilian Oral Research**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 1-11, 2019.

CHISINI, L. A.; NORONHA, T. G.; RAMOS, E. C.; SANTOS-JUNIOR, R. B.; SAMPAIO, K. H.; FARIA-E-SILVA, A. L. *et al.* Does the skin color of patients influence the treatment decision-making of dentists? A randomized questionnaire-based study. **Clinical Oral Investigations**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 1023-1030, 2018.

COMO, D.; DUKER, L. S.; POLIDO, J.; CERMAK, S. The Persistence of Oral Health Disparities for African American Children: a scoping review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.L.], v. 16, n. 5, p. 1-16, 2019.

COSTA, E. S.; SCHUCMAN, L. V. Identidades, Identificações e Classificações Raciais no Brasil: O Pardo e as Ações Afirmativas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S.L.], v. 22, n. 2, 2022.

DEMOPOULOS, C. A.; KOHLI, R.; DHAR, S.; RAJU, K. Racial and oral health equity in dental school curricula. **Journal of Public Health Dentistry**, [S.L.], v. 82, n. 1, p. 114-122, 2022.

ERONDU, N. A.; PEPRAH, D.; KHAN, M. S. Can schools of global public health dismantle colonial legacies? **Nature Medicine**, [S.L.], v. 26, n. 10, p. 1504-1505, 2020.

EYSENBACH, G. Improving the Quality of Web Surveys: the checklist for reporting results of internet e-surveys (CHERRIES). **Journal of Medical Internet Research**, [S.L.], v. 6, n. 3, p. 1-9, 2004.

FGV (Brasil). Faculdade de Direito da Fundação Getúlio Vargas. **Dia internacional contra a discriminação racial reforça a necessidade do combate ao racismo no Brasil e no mundo**. 2022. Disponível em: <https://diretorio.fgv.br/noticia/dia->

internacional-contra-discriminacao-racial-reforca-necessidade-do-combate-ao-racismo-no. Acesso em: 09 jul. 2022.

FLANAGIN, A.; FREY, T.; CHRISTIANSEN, S. L. Updated Guidance on the Reporting of Race and Ethnicity in Medical and Science Journals. **JAMA**, [S.L.], v. 326, n. 7, p. 621-627, 2021.

FORSYTH, C.; IRVING, M.; SHORT, S.; TENNANT, M.; GILROY, J. Students Don't Know What They Don't Know: dental and oral health students' perspectives on developing cultural competence regarding indigenous peoples. **Journal of Dental Education**, [S.L.], v. 83, n. 6, p. 679-686, 2019.

GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. **BMC Public Health**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-8, 2021.

GUARNIZO-HERREÑO, C. C.; WEHBY, G. L. Explaining Racial/Ethnic Disparities in Children's Dental Health: a decomposition analysis. **American Journal of Public Health**, [S.L.], v. 102, n. 5, p. 859-866, 2012.

HAHN, R. A.; TRUMAN, B. I.; WILLIAMS, D. R. Civil rights as determinants of public health and racial and ethnic health equity: health care, education, employment, and housing in the United States. **SSM - Population Health**, [S.L.], v. 4, p. 17-24, 2018.

HAN, S. Neurocognitive Basis of Racial Ingroup Bias in Empathy. **Trends in Cognitive Sciences**, [S.L.], v. 22, n. 5, p. 400-421, 2018.

HARRIS, J. E.; KOWALSKI, C. J.; LEVASSEUR, F. A.; NASJLFTI, C. E.; WALKER, G. F. Age and Race as Factors in Craniofacial Growth and Development. **Journal of Dental Research**, [S.L.], v. 56, n. 3, p. 266-274, 1977. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/00220345770560031201>.

HECKATHORN, D. D. Comment: Snowball Versus Respondent-Driven Sampling. **Sociological Methodology**, [S.L.], v. 41, n. 1, p. 355-366, 2011.

HUNT, E. E. Malocclusion and civilization. **American Journal of Orthodontics**, [S.L.], v. 47, n. 6, p. 406-422, 1961. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9416\(61\)90220-2](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9416(61)90220-2).

JAMIESON, L. Racism and oral health inequities; an introduction [Special issue of Community Dental Health, to be disseminated at the 'Racism and oral health inequities' International Association for Dental Research symposium, July 2021, Boston, USA]. **Community Dental Health**, [S.L.], v. 38, n. 2, p. 131, 2021.

JAMIESON, L.; PERES, M. A.; GUARNIZO-HERREÑO, C. C.; BASTOS, J. L. Racism and oral health inequities; an introduction [Special issue of Community Dental Health, to be disseminated at the 'Racism and oral health inequities' International Association for Dental Research symposium, July 2021, Boston, USA]. **Community Dental Health**, [S.L.], v. 38, n. 2, p. 131, 2021.

JOHNSON, V. E.; NADAL, K. L.; SISSOKO, D. R. G.; KING, R. "It's Not in Your Head": Gaslighting: 'Splaining, Victim Blaming, and Other Harmful Reactions to Microaggressions. **Perspectives on Psychological Science**, [S.L.], v. 16, n. 5, p. 1024-1036, 2021.

LALA, R. The Case for Decolonising the Dental Curricula in the UK [Special issue of Community Dental Health, to be disseminated at the 'Power in Dentistry' International Association for Dental Research symposium, July 2022, China]. **Community Dental Health**, [S.L.], v. 39, n. 2, p. 143-148, 2022.

LALA, R.; GIBSON, B. J.; JAMIESON, L. M. The Relevance of Power in Dentistry. **JDR Clinical & Translational Research**, [S.L.], v. 6, n. 4, p. 458-459, 2021.

LEVISON, J. L. On The Difference In The Development Of The Jaws And Teeth In Semi-Barbarous Races Of Men, And Of Those In A High State Of Civilization. **The Lancet**, [S.L.], v. 58, n. 1458, p. 127-127, 1851. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)34990-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(02)34990-0).

MACDONALD, M. E.; MUIRHEAD, V.; DOUGHTY, J.; FREEMAN, R. Critically engaging vulnerability: rethinking oral health with vulnerabilized populations. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, [S.L.], p. 1-7, 2021.

MAIA, L. S.; POZ, M. R. D. Characteristics and trends in the expansion of private dental schools in Brazil. **International Dental Journal**, [S.L.], v. 70, n. 6, p. 435-443, 2020.

MCCONAHAY, J. B. Modern Racism and Modern Discrimination: The Effects of Race, Racial Attitudes, and Context on Simulated Hiring Decisions. **Personality And Social Psychology Bulletin**, [S.L.], v. 9, n. 4, p. 551-558, 1983.

MCCONAHAY, J. B. Modern racism, ambivalence, and the Modern Racism Scale. In: DOVIDIO, J. F.; GAERTNER S. L. **Prejudice, discrimination, and racism**. Londres: Academic Press, 1986. p. 91-125.

MCCONAHAY, J. B.; HARDEE, B. B.; BATTS, V. Has Racism Declined in America? **Journal of Conflict Resolution**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 563-579, 1981.

MENDES, K. News & Inspiration From Nature's Frontline. **'I am Indigenous, not pardo': Push for self-declaration in Brazil's census**. 2021. Disponível em: <https://news.mongabay.com/2021/06/i-am-indigenous-not-pardo-push-for-self-declaration-in-brazils-census/>. Acesso em: 09 jul. 2022.

MORITA, M. C.; URIARTE NETO, M.; FONTANELLA, V. R. C.; HADDAD, A. E. The unplanned and unequal expansion of Dentistry courses in Brazil from 1856 to 2020. **Brazilian Oral Research**, [S.L.], v. 35, p. 1-10, 2021.

NAVAS, M. S. Nuevos instrumentos de medida para el nuevo racismo. **Revista de Psicología Social**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 233-239, 1998.

PATEL, N.; PATEL, S.; COTTI, E.; BARDINI, G.; MANNOCCI, F. Unconscious Racial Bias May Affect Dentists' Clinical Decisions on Tooth Restorability: a randomized clinical trial. **JDR Clinical & Translational Research**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 19-28, 2019.

REGINALDO, I.; FERNANDES, I. A. M.; NUERNBERG, G. N.; BASTOS, J. L. Race in public health dentistry: a critical review of the literature. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 57, n. 56, p. 1-9, 2022.

SANTOS, R. V.; BASTOS, J. L.; KAINGANG, J. D.; BATISTA, L. E. Cabem recomendações para usos de "raça" nas publicações em saúde? Um enfático "sim", inclusive pelas implicações para as práticas antirracistas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 1-5, 2022.

SANTOS, W. S.; GOUVEIA, V. V.; NAVAS, M. S.; PIMENTEL, C. E.; GUSMÃO, E. E. S. Escala de racismo moderno: Adaptação ao contexto brasileiro. **Psicologia em Estudo**, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 637-645, 2006.

SCHNIERLE, J.; CHRISTIAN-BRATHWAITE, N.; LOUISIAS, M. Implicit Bias: what every pediatrician should know about the effect of bias on health and future

directions. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**, [S.L.], v. 49, n. 2, p. 34-44, 2019.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo"**: Raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. 2012. 122 p. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SCHUCMAN, L. V.; MELO, W. C. White Supremacy, Brazil Style. **NACLA Report on the Americas**, [S.L.], v. 54, n. 2, p. 197-202, 2022.

SHARMA, A.; DUC, N. T. M.; THANG, T. L. L.; NAM, N. H.; NG, S. J.; ABBAS, K. S. *et al.* A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). **Journal of General Internal Medicine**, [S.L.], v. 36, n. 10, p. 3179-3187, 2021.

SIM, W.; LIM, W. H.; NG, C. H.; CHIN, Y. H.; YAOW, C. Y. L.; CHEONG, C. W. Z. *et al.* The perspectives of health professionals and patients on racism in healthcare: a qualitative systematic review. **PLoS ONE**, [S.L.], v. 16, n. 8, e0255936, 2021.

SMITH, S. G.; BANKS, P. B.; ISTRATE, E. C.; DAVIS, A. J.; JOHNSON, K. R.; WEST, K. P. Anti-racism structures in academic dentistry: supporting underrepresented racially/ethnically diverse faculty. **Journal of Public Health Dentistry**, [S.L.], v. 82, n. 1, p. 103-113, 2022.

SU, Y.; BEHAR-HORENSTEIN, L. S. Color-Blind Racial Beliefs Among Dental Students and Faculty. **Journal of Dental Education**, [S.L.], v. 81, n. 9, p. 1098-1107, 2017.

TADIRI, C. P.; RAPARELLI, V.; ABRAHAMOWICZ, M.; KAUTZY-WILLER, A.; KUBLICKIENE, K.; HERRERO, M. T. *et al.* Methods for prospectively incorporating gender into health sciences research. **Journal of Clinical Epidemiology**, [S.L.], v. 129, p. 191-197, 2021.

TARMAN, C.; SEARS, D. O. The Conceptualization and Measurement of Symbolic Racism. **The Journal of Politics**, [S.L.], v. 67, n. 3, p. 731-761, 2005.

THE LANCET. Bolsonaro threatens survival of Brazil's Indigenous population. **The Lancet**, [S.L.], v. 394, n. 10197, p. 444, 2019. Elsevier BV.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31801-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31801-x).

WILLIAMS, D. R.; LAWRENCE, J. A.; DAVIS, B. A. Racism and Health: evidence and needed research. **Annual Review of Public Health**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 105-125, 2019.

WILLIAMS, D.; COOPER, L. Reducing Racial Inequities in Health: using what we already know to take action. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.L.], v. 16, n. 4, p. 1-26, 2019.

YI, J.; NEVILLE, H. A.; TODD, N. R.; MEKAWI, Y. Ignoring race and denying racism: a meta-analysis of the associations between colorblind racial ideology, anti-blackness, and other variables antithetical to racial justice. **Journal of Counseling Psychology**, [S.L.], v. 00, n. 0, 2022. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000618>.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar do estudo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Olá!

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa que está sob a coordenação da Professora Júnia Serra-Negra, cujo objetivo é verificar se características físicas do paciente infantil podem interferir na empatia e na autoconfiança do dentista durante o atendimento odontológico. A ideia é que possamos conhecer alguns fatores que possam influenciar na primeira impressão que o dentista possui do seu paciente. Sua participação é valiosa para a nossa equipe!

Nas páginas seguintes, você verá uma cartela de quatro fotos de pacientes infantis com um questionário com algumas perguntas relacionadas a essas fotos e à sua opinião quanto à relação com o paciente durante o atendimento odontológico. Não existem respostas certas ou erradas! Queremos conhecer sua impressão inicial ao receber um paciente para tratamento odontológico. Todas as suas respostas serão anônimas e tratadas com confidencialidade pelos pesquisadores. Os resultados deste estudo poderão contribuir para aprimorar o currículo e projeto pedagógico durante a formação de futuros dentistas. Você não é obrigado(a) a participar e tem a liberdade de desistir em qualquer etapa do estudo. Riscos mínimos podem estar presentes, como algum tipo de constrangimento que você sinta ao responder ao questionário, serão contornados respeitando-se o anonimato e o caráter confidencial das suas respostas. Além disso, você poderá responder a este formulário eletrônico em horário e local de sua escolha, proporcionando maior conforto durante o processo.

Ao assinalar "Sim" na primeira pergunta abaixo, você concordará em contribuir para o nosso estudo e terá acesso ao questionário. Caso clique "Não", este formulário será encerrado.

Dessa forma, ao concordar em participar, você declara que: fui esclarecido(a) que o objetivo do estudo é conhecer quais características da aparência do paciente infantil estão associadas à empatia e confiança entre profissional/paciente. Fui esclarecido(a) que responderei um questionário contendo questões pessoais minhas e as características que chamam a minha atenção no paciente infantil. Sei que os dados deste questionário serão utilizados para pesquisa científica. Os dados serão manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis e poderão ser tornar públicos em revistas científicas. Minha identidade não será revelada em nenhuma hipótese. Minha participação e autorização mostram meu interesse em colaborar com a pesquisa. É minha a escolha de participar ou não, podendo desistir a qualquer época, sem prejuízo no caso de minha desistência. Por fim, afirmo saber que esta pesquisa foi aprovada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Aconselhamos que o participante tire uma captura de tela desta página inicial ou salve-a em

PDF, para que possa reter uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em caso de dúvida, entrar em contato com:

Pesquisadora responsável: Renata Matos Lamenha-Lins – e-mail:
renatamlamenha@gmail.com

Coordenadora: Professora Dr^a. Júnia Serra-Negra – e-mail: juniaserranegra@ufmg.br

Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da UFMG – (31) 3409-2496

COEP/UFMG: Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG -
CEP

31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005. Telefone: (031)
3409-4592 – E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Você concorda em participar voluntariamente deste estudo? *

Sim

Não

Você é aluno de curso de graduação em Odontologia e ainda não participou
deste estudo? *

Sim

Não

Página 1 de 7


[Seguinte](#)

[Limpar formulário](#)

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

APÊNDICE B – Panfleto virtual produzido para a divulgação da pesquisa

 **FAO** **UFMG**
FACULDADE DE
ODONTOLOGIA


Participe da nossa
Pesquisa

Se você é **estudante de graduação em Odontologia**, você está sendo convidado a participar de uma pesquisa desenvolvida pela Pós-graduação da UFMG.

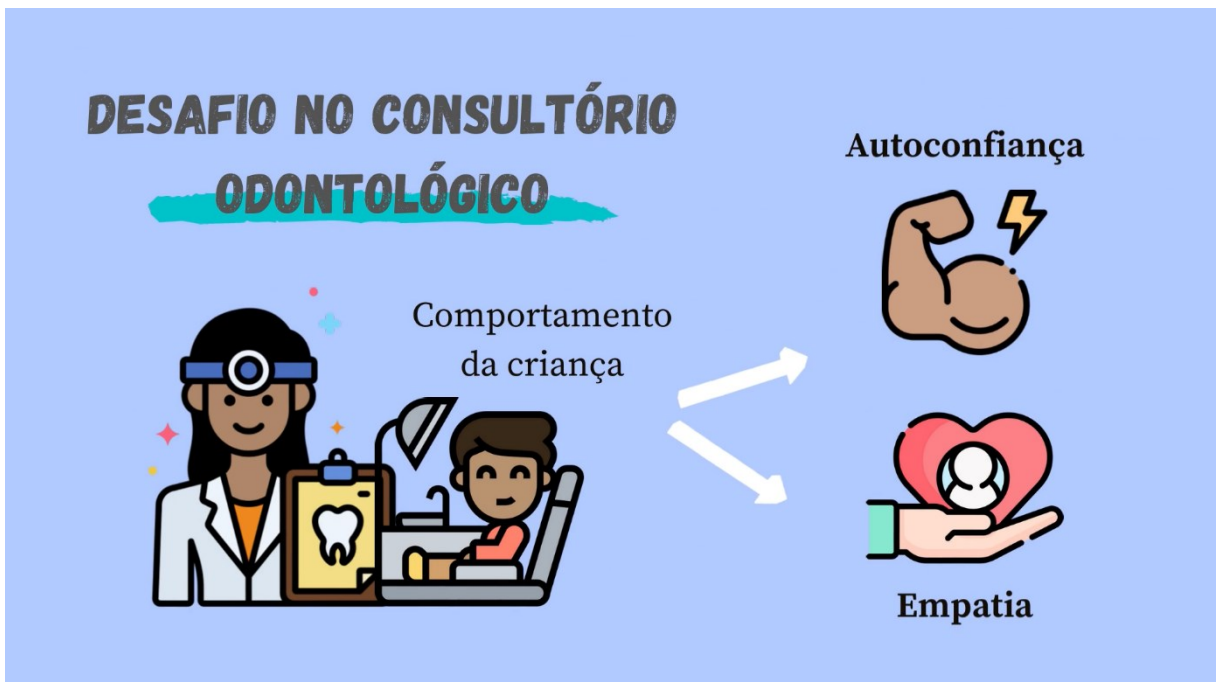
Nosso objetivo é avaliar como é a sua percepção ao receber um paciente infantil no consultório odontológico.

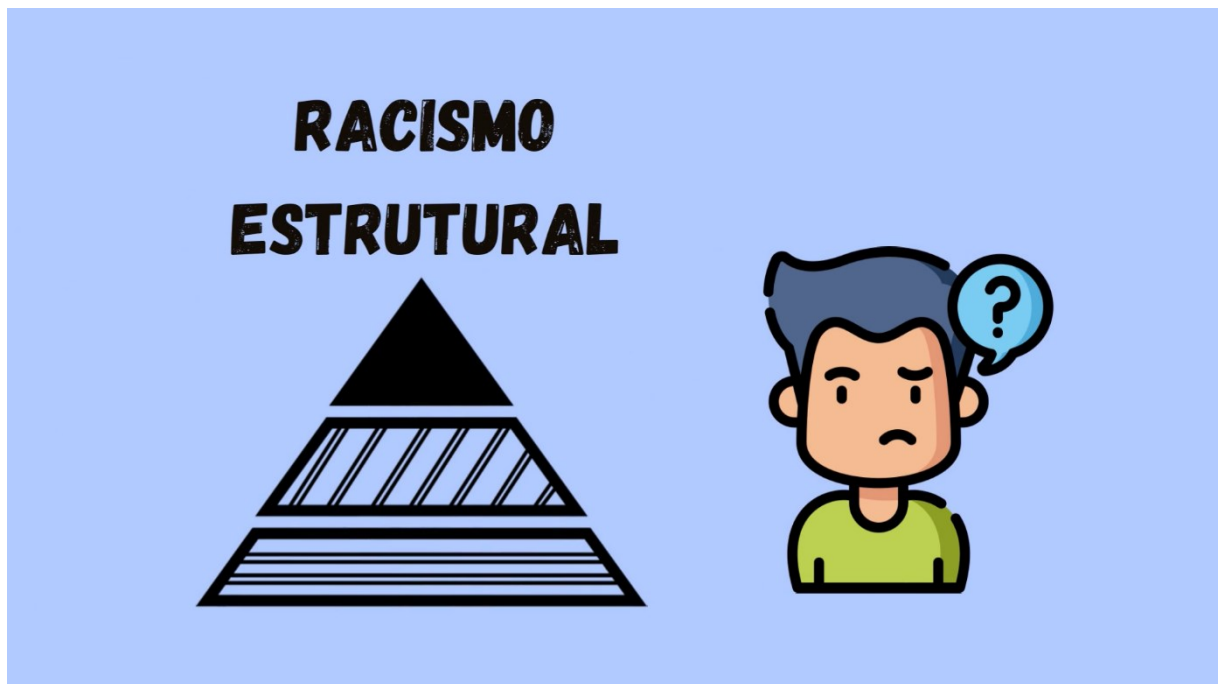
Não existem respostas certas ou erradas. A sua colaboração é fundamental para a nossa equipe!

LINK NA BIO E ABAIXO:

 **PESQUISAUFMG**

APÊNDICE C – Vídeo de curta duração produzido para a divulgação da pesquisa





* Slides do vídeo. Voz em off da pesquisadora responsável foi adicionada, a fim de narrar a relevância e objetivo da pesquisa. O vídeo possuía 1 minuto de duração.

APÊNDICE D – Conteúdo de campanha produzido para o Dia Internacional pela
Eliminação da Discriminação Racial

DIA INTERNACIONAL PELA ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO RACIAL

21 DE MARÇO

“ O DIA INTERNACIONAL DE LUTA PELA
ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO RACIAL É, AO
MESMO TEMPO, UM DIA DE RECONHECIMENTO E
UM CHAMADO URGENTE PARA A AÇÃO.

(...)

O RACISMO CONTINUA A ENVENENAR
INSTITUIÇÕES, ESTRUTURAS SOCIAIS E O
COTIDIANO DE TODA A SOCIEDADE.

(...)

TODOS NÓS TEMOS A RESPONSABILIDADE DE NOS
ENGAJAR EM SOLIDARIEDADE COM MOVIMENTOS
POR IGUALDADE E DIREITOS HUMANOS EM TODOS
OS LUGARES.



Discurso de António Guterres

Secretário-Geral da
Organização das Nações Unidas



UMA PESQUISA ESTÁ SENDO DESENVOLVIDA PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UFMG COM O PROPÓSITO DE IDENTIFICAR, EM ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA, ASPECTOS SUBJETIVOS RELACIONADOS À PERCEPÇÃO DO ESTUDANTE SOBRE O SEU PACIENTE INFANTIL, AO RECEBÊ-LO PARA UMA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

O RACISMO E OS NÍVEIS DE EMPATIA E AUTOCONFIANÇA DOS ALUNOS SERÃO INVESTIGADOS. COM A PESQUISA, PRETENDEMOS CONHECER O PERFIL DO ESTUDANTE DE ODONTOLOGIA PARA O APERFEIÇOAMENTO DA SUA FORMAÇÃO ACADÊMICA, A FIM DE FORMAR PROFISSIONAIS MAIS CAPAZES DE DESENVOLVER COMPETÊNCIA CULTURAL PARA A SUA ATUAÇÃO.

Se você é estudante de graduação em Odontologia, participe da nossa pesquisa! Você pode contribuir para o conhecimento científico e para o aperfeiçoamento da nossa formação profissional.

Não existem respostas certas ou erradas e as suas informações serão tratadas de maneira confidencial pelos pesquisadores.

[!\[\]\(cbe2492b119e39e02a1dab2af4a4b296_img.jpg\) **ACESSE O FORMULÁRIO AQUI!**](#)

APÊNDICE E – Coleta de dados sociodemográficos e econômicos do respondente

Sobre você

Antes de começarmos, algumas informações sobre você são importantes de serem ditas.

Qual o seu gênero? *

- Feminino
- Masculino
- Não-binário
- Prefiro não declarar

Qual a sua idade? Por favor, responda apenas em números (ex.: 22) *

A sua resposta

Qual a sua cor/raça ou etnia? *

- Branco(a)
- Preto(a)
- Amarelo(a)
- Pardo(a)
- Indígena

Qual o nível de escolaridade do seu pai? *

- Da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental (antigo primário)
- Da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental (antigo ginásio)
- Ensino Médio (antigo 2º grau)
- Ensino Superior
- Especialização
- Não estudou
- Não sei

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DA APARÊNCIA ESTÉTICA DOS PERFIS FACIAIS DE CRIANÇAS NA CATEGORIZAÇÃO DE PRIORIDADE DE ATENDIMENTO E NA EMPATIA ENTRE O DENTISTA E O PACIENTE INFANTIL

Pesquisador: JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05021018.7.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.251.827

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa transversal em que alunos de graduação (n=50) e pós-graduação (n=50) em Odontologia da UFMG, após serem convidados em sala de aula teórica, responderão a um questionário com base em 12 fotos de rostos de crianças originadas por computação gráfica a partir de 4 fotos reais de pacientes pediátricos oriundos do arquivo morto de uma universidade estadual.

Hipótese: "o gênero, características raciais e padrão facial de crianças pode interferir na empatia e autoconfiança entre estudantes de odontologia e pacientes infantis. Esta interferência da aparência do paciente infantil na empatia do dentista pode afetar o sucesso do atendimento odontopediátrico, no aspecto do manejo do comportamento infantil durante atendimento odontológico."

Segundo a pesquisadora: "Foram selecionadas 4 fotos de crianças mesocefálicas (1 menino e 1 menina brancos e 1 menino e 1 menina afrodescendentes), retiradas do arquivo morto do departamento de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.251.827

ortodontia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Sob a supervisão de um ortodontista (MP), estas fotos foram trabalhadas com computação gráfica, transformando as características faciais mesocefálicas originais em características dolicocefálos e braquicefálicos, totalizando 12 fotos. Uma cartela com todas as 12 fotos será mostrada aos estudantes de odontologia e eles serão convidados a responder a um questionário (Anexo B) (...)O questionário é composto por um cabeçalho de informações sobre idade, gênero, nível graduação/pósgraduação em que o participante se encontra e 6 questões fechadas que solicitam que o estudante de odontologia marque a ordem de prioridade de atendimento entre os 12 pacientes infantis, indo do que ele priorizaria para atender em primeiro lugar até aquele que ele atenderia por último; o grau de confiança que a imagem passa para o participante e chance de comportamento positivo durante atendimento odontológico e o que a aparência da criança representa para ele (não confiante, confiante e muito confiante); as características da foto que chamaram a atenção do estudante para elencar as prioridades de atendimento dos pacientes e o nível de autoconfiança que o estudante sente para o atendimento de cada uma das 12 fotos apresentadas."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora:

"Objetivo Primário:

Avaliar a influência o gênero, características raciais e padrão facial de crianças na escolha da ordem de atendimento por estudantes de graduação e pós-graduação em odontologia e sua relação com a empatia dentista/paciente .

Objetivo Secundário:

- Verificar a existência de associação entre a aparência do perfil facial, características raciais e gênero do

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.251.827

paciente infantil com a empatia e

autoconfiança dos estudantes de odontologia.

- Verificar a relação entre o grau de prioridade para tratamento que o estudante de odontologia elenca e sua associação com perfil facial, característica racial e gênero do paciente odontopediátrico."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

"Riscos:

Há riscos mínimos de constrangimento do universitário responder as perguntas do formulário e este aspecto será contornado preservando a

confidencialidade dos dados e o estudante responderá o questionário em sala privada.

Benefícios:

Os dados coletados na pesquisa trarão subsídios para melhorar a qualidade do atendimento dos pacientes infantis, verificando os fatores que interferem na empatia profissional/paciente."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto a ser realizado na Fac. de Odontologia-UFMG como TCC de aluna de graduação.

Projeto relevante para a área de Odontopediatria, conforme parecer da Câmara Departamental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

Informações básicas do projeto

Parecer aprovado pelo Departamento

Autorização da instituição (Faculdade de Odontologia-UFMG) para realização da pesquisa

Folha de rosto devidamente assinada

TCLE

TCLE/TALE com autorização para uso de imagens das crianças para fins didáticos, de pesquisa e publicações devidamente assinados

Projeto completo com questionário que será aplicado aos alunos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Si 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.251.827.

Recomendações:

Não há, pois foram atendidas as pendências apontadas no parecer de número 3.197.235.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou, SMJ, favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1247823.pdf	31/03/2019 18:20:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_empatia_R1.pdf	31/03/2019 18:20:06	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito
Outros	TCLETALEimagens_projDeaCaroline.pdf	31/03/2019 18:16:39	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_resposta_pareceristaCOEP_R2.pdf	31/03/2019 13:01:08	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_R2_projetoempatia.pdf	31/03/2019 13:00:27	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_proj_empatia2018.pdf	27/11/2018 20:16:46	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_OPO_proj_empatia2018.pdf	27/11/2018 20:15:26	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declar_instit_projeto_empatia2018.pdf	27/11/2018 20:13:50	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coop@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.251.827

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 09 de Abril de 2019

Assinado por:

**Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – Versão original da Escala de Racismo Moderno

Below are the six modern racism items:

It is easy to understand the anger of black people in America. (disagree)

Blacks have more influence upon school desegregation plans than they ought to have. (agree)

The streets are not safe these days without a policeman around. (agree)

Blacks are getting too demanding in their push for equal rights. (agree)

Over the past few years blacks have gotten more economically than they deserve. (agree)

Over the past few years the government and news media have shown more respect to blacks than they deserve. (agree)

**ANEXO C – Versão adaptada para o contexto espanhol da Escala de Racismo
Moderno**

Factores de la escala de Racismo Moderno

Factor 1: Items

- 1 Han conseguido más de lo que se merecen
- 2 Demasiado respeto y consideración
- 4 Demasiado exigentes en derechos
- 6 Demasiada influencia política

Factor 2: Items

- 5 Discriminación no problema en España
- 7 Están mejor ahora que nunca
- 8 No necesitan ayudas, solo intentarlo
- 10 Superar el prejuicio sin apoyo, como otros

Factor 3: Items

- 9 Menos atención a sus quejas que a las de un español
 - 3 Es comprensible que estén descontentos
-

ANEXO D – Versão adaptada para o contexto brasileiro da Escala de Racismo Moderno

Por favor, leia atentamente cada um dos itens abaixo a respeito dos negros e em seguida, indique seu grau de concordância com cada um deles. Por gentileza responda todos, utilizando a escala abaixo, coloque ao lado de cada item o número que melhor representa sua resposta.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

- _____ Eles têm conseguido mais do que merecem
- _____ Eles recebem muito respeito e consideração
- _____ Eles são muito exigentes em relação aos seus direitos
- _____ A discriminação não é um problema do Brasil
- _____ Eles têm muita influência política
- _____ Eles não necessitam de ajuda, apenas devem se esforçar
- _____ Eles devem superar o preconceito sem apoio como aconteceu com outros grupos
- _____ Eles são mais habilidosos em trabalhos manuais
- _____ Possuem maior habilidade culinária
- _____ Estão em moda suas danças pela sensualidade que expressam
- _____ Tem-se dada demasiada importância aos seus movimentos de protesto
- _____ Parece pouco prudente dar importância as suas queixas
- _____ Apresentam melhor desempenho em modalidades esportivas
- _____ Possuem uma beleza diferente

ANEXO E – Instrução aos autores do periódico *Journal of Public Health Dentistry*

Author Guidelines

Journal of Public Health Dentistry

Instructions for Contributors

The *Journal of Public Health Dentistry* (JPHD) is devoted to the advancement of public health dentistry through the publication of related research, practice, and policy developments. We publish, after peer review and/or editorial consideration, original research articles, brief reports, systematic reviews, articles addressing new research methods, community action reports, special issues, guest editorials and commentaries, letters to the editor, and book reviews.

Regular-length scientific articles should be between 2,500 and 3,500 words in length, with no more than six tables or figures and fewer than 30 references (estimated to be a total of 21 or fewer double-space pages).

Systematic reviews are similar in length but with different expectations regarding references and tables, based on the results of the review. Authors are strongly encouraged to discuss systematic reviews with the editor prior to initiating the review to ensure that they are carried out in accordance with best practices (e.g., QUORUM guidelines) and their length can be accommodated by the Journal.

Brief Communications are 1,000–1,500 words, no more than two tables or figures, an abstract of 150 words or less, and 10 or fewer references. Brief Communications, commentaries, and systematic reviews undergo peer review similar to regular scientific manuscripts.

Community Action Reports, highlighting practice-based programs or policy initiatives, commentaries, and guest editorials of widespread interest to the dental public health community are 1,000–1,500 words.

Special Issues and Supplements to regular issues may be published, the full cost being paid by the authors or sponsoring agency. Contact the editor for further information.

Preparation of Manuscripts

Submissions must be in English and conform to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. The complete document appears in *Ann Intern Med* 1997;126(1):36-47; or online at <http://www.acponline.org/journals/resource/unifreqr.htm>.

If you feel that your paper could benefit from English language polishing, we recommend that you have your paper professionally edited for English language by a service such as Wiley's at <http://wileyeditingservices.com>. Please note that while this service (which is paid for by the

author) will greatly improve the readability of your paper, it does not guarantee acceptance or preference of your paper by the journal.

Submission of Manuscripts

Manuscripts should be submitted through the ScholarOne Manuscripts site at: <http://mc.manuscriptcentral.com/jphd>. Authors will be directed through the submission process at the Website. The submission system will prompt authors to use an ORCID iD (a unique author identifier) to help distinguish their work from that of other researchers. [Click here](#) to find out more.

Use double-spacing throughout, including title pages, abstract, text, acknowledgments, references. Begin each of the following sections on separate pages: title page, abstract and key words, text, acknowledgments, references, and individual tables and figures. Number pages consecutively in the upper right-hand corner of each page, beginning with the title page. Our reference book is Merriam-Webster Collegiate Dictionary, 11th edition (Springfield, MA: Merriam-Webster, 2003).

Format and Style of Scientific Articles

Title Page. To facilitate the masked review process, include a title page giving only the title of the manuscript and not identifying authorship. Authors' names should not appear on any manuscript page or in revision where track changes are being used.

Abstract. The second page should carry an abstract of no more than 250 words (150 for Brief Communications) consisting of four paragraphs, labeled **Objectives, Methods, Results, and Conclusions**. These sections should describe the problem being addressed in the study, how the study was performed, the salient results (without statistical tests), and what the authors conclude from the results.

Key Words. Below the abstract, provide, and identify as such, three to 10 key words or short phrases that will assist indexers in cross-indexing your article. At least three terms from the medical subject headings (MeSH) list of Index Medicus should be used. The use of MeSH headings greatly facilitates the identification of your article by online search engines and improves the likelihood that interested readers can retrieve your article. Assistance in locating MeSH headings is provided at: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Text. Divide text of scientific articles into sections labeled Introduction, Methods, Results, and Discussion. For other types of articles, consult recent issues of the JPHD for further guidance. All acronyms must be spelled out when they first appear in the text.

Introduction. Clearly state the purpose of the article and summarize the rationale for the study. Give only strictly pertinent references, and do not review the subject extensively.

Methods. Describe your methods clearly and in sufficient detail to allow other workers to clearly understand the approach used. Authors are highly encourage, where appropriate, to use a hypothesis driven approach. Give references to established methods, including statistical

methods; provide references and brief descriptions for methods that have been published but are not well known; describe new or substantially modified methods, give reasons for using them, and evaluate their limitations. When reporting investigations involving human subjects, indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation and provide within the text a statement noting the ethics committee, by name, that reviewed the study protocol. Manuscripts reporting human subjects studies without ethics committee review will not be considered for publication.

Results. Present results in logical sequence in the text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all the data in the tables or figures; rather emphasize or summarize only important observations.

Discussion. Organize the discussion as follows: 1) Briefly summarize the most important findings, emphasizing what new knowledge is provided from this study. If the study was hypothesis driven, clearly state whether the results support or do not support the hypothesis. Do not repeat in detail data given in the Results section. 2) Compare the study findings with the extant relevant literature, drawing attention to salient differences and note the implications of the findings within that context. 3) Discuss the study's limitations and how these could impact interpretation. 4) Provide a succinct conclusion statement or paragraph. Avoid unqualified statements and conclusions not well supported by your results. State new hypotheses when warranted by the results, but clearly label them as such. Include recommendations when appropriate.

Acknowledgments. Acknowledge only persons who have made substantive contributions to the study. Obtain written permission from persons acknowledged by name, because readers may infer their endorsement of the data and conclusions. A description of sources of funding, financial disclosure, and the role of sponsors must be included in this section

Conflicts of Interest. Include this section as part of Acknowledgements, but only if the authors have personal financial interests related to the subject matters discussed in the manuscript.

Footnotes and Appendices. Except in tables and figures, footnotes should not be used.

Appendices may be placed on the JPHD website by Blackwell after consultation with the editor.

References. References for research manuscripts are in general limited to no more than 30; for brief communications please limit to ten or fewer. The author(s) must verify cited references against the original documents. JPHD uses the "Vancouver" style and information can be found at the Uniform Requirements page and well as some examples at

(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Identify references in text, tables, and legends by Arabic numerals using superscript formatting; number consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Avoid using abstracts as references. Abstracts not published in the periodical literature (e.g., printed only in an annual meeting program) may be cited only as written communications in parentheses in the text. "Unpublished observations" and "personal communications" may not be used as references,

although references to written, not oral, communications may be inserted (in parentheses) in the text. For papers accepted but not yet published; designate the journal and add “in press.” Information from manuscripts submitted but not yet accepted should be cited in the text as “unpublished observations” (in parentheses). Acceptable forms of references are based on an ANSI standard style adapted by the National Library of Medicine and authors are encouraged to refer to the examples of reference styles provided in the Uniform Requirements. Systematic reviews do not have a specific limitation on number of references.

Tables. Type each table on a separate page. Number tables with an Arabic numeral consecutively and supply a brief title for each. Explain in footnotes all nonstandard abbreviations used in each table. (Please refer to the JPHD, Volume 60, No. 4, page 347-8 to confirm these characters if you plan to use these symbols).

Illustrations and Legends. Submit the required number of complete sets of figures. Figures should be of a high standard and if necessary, professionally drawn. Label each figure indicating the number of the figure. Cite each figure in the text in consecutive order. Type or print out legends for illustrations using double spacing, starting on a separate page, with Arabic numerals corresponding to the illustrations. When symbols, arrows, numbers, or letters are used to identify parts of the illustrations, identify and explain each one clearly in the legend. Explain the internal scale and identify the method of staining in photomicrographs. The Journal cannot reproduce color images or figures.

Photographs of People. The Journal of Public Health Dentistry follows current HIPAA guidelines for the protection of patient/subject privacy. If an individual pictured in a digital image or photograph can be identified, his or her permission is required to publish the image. The corresponding author may submit a letter signed the patient authorizing the Journal of Public Health Dentistry to publish the image/photo. Or, a form provided by the Journal of Public Health Dentistry (available [here](#) or by clicking the “instructions and Forms” link in Manuscript Central) may be downloaded for your use. The approval must be received by the Editorial Office prior to final acceptance of the manuscript for publication. Otherwise, the image/photo must be altered such that the individual cannot be identified (black bars over eyes, tattoos, scars, etc.). The Journal of Public Health Dentistry will not publish patient photographs that will in any way allow the patient to be identified, unless the patient has given their express consent.

Publication

Prior and Duplicate Publication. Manuscripts are not accepted for consideration if they are based on work that has been or will be published or submitted elsewhere before appearing in the JPHD. Exceptions are consistent with the policy on duplicate or redundant publication developed by the International Committee of Medical Journal Editors *Ann Intern Med* 1997;126(1):36-47; or online at <http://www.acponline.org/journals/resource/unifregr.htm>. Copies of any closely related manuscripts should be submitted to the editor along with the manuscript that is to be considered by the JPHD.

Authorship

All persons designated as authors should qualify for authorship. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content. Authorship credit should be based only on substantial contributions to: (1) conception and design, or analysis and interpretation of the data; and to (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and on (3) final approval of the version to be published. Conditions 1, 2, and 3 must all be met. The editor may ask for verification of these conditions for each author.

Wiley's Author Name Change Policy

In cases where authors wish to change their name following publication, Wiley will update and republish the paper and redeliver the updated metadata to indexing services. Our editorial and production teams will use discretion in recognizing that name changes may be of a sensitive and private nature for various reasons including (but not limited to) alignment with gender identity, or as a result of marriage, divorce, or religious conversion. Accordingly, to protect the author's privacy, we will not publish a correction notice to the paper, and we will not notify co-authors of the change. Authors should contact the journal's Editorial Office with their name change request.

Copyright Issues

JPHD encourages the posting of manuscripts resulting from NIH-funded research to PubMed Central (www.pubmedcentral.nih.gov) in order to promote public access to critical research findings. Authors whose manuscripts are accepted for publication in JPHD may post the final, edited version of the manuscript as soon as the printed journal version is distributed.

Submission of Manuscripts and Correspondence

Manuscripts should be submitted through the ScholarOne Manuscripts site at: <http://mc.manuscriptcentral.com/jphd>. Follow the guidelines for submitting at the site.

Questions on manuscript submission, cover letters, and copyright assignments should be directed to the journal administrator at: ssteil@associationcentral.org.

Questions regarding the appropriateness of articles for the journal or questions about the review and acceptance process should be directed to the editor at: rjw1@dental.pitt.edu.

A covering letter, signed by all authors, should be mailed or FAXED (217-529-9120) to be received at the same time as the manuscript. A scanned copy of a signed letter, sent electronically as a PDF, is also acceptable. It should include (1) information on prior or duplicate publication or submission elsewhere of any part of the work as defined in the Uniform Requirements; (2) a statement of financial or other relationships that might lead to a conflict of interest; (3) a statement that the manuscript has been read and approved by all the authors, that the requirements for authorship have been met, and that each author believes that the manuscript represents honest work; and (4) the name, address, and telephone number of the corresponding author who is responsible for communicating with the other authors about

revisions and final approval of the proofs. A scanned copy of the signed letter may be sent electronically or mailed to the journal administrator at above address.

Manuscript Submitted Previously to Another Journal

If a manuscript recently underwent peer review by another journal, authors should disclose this information. They should include either the previous critique or a cover letter with the new submission that explains how the authors have modified the manuscript to address the previous (outside) critique.

Review and Action

Manuscripts are acknowledged upon receipt, reviewed by the editorial staff, and if they meet minimal publication criteria, are sent to at least two outside referees for a blind review.

Accepted manuscripts are examined and editorial revisions likely will be made to add clarity and to conform to the JPHD style. Authors will be sent proofs prior to printing. Upon acceptance, papers become the permanent property of the JPHD and may not be reproduced by any means, in whole or in part, without the written consent of the editor.

Peer Reviewer Nominations

The editor selects the reviewers for each submission and encourages recommendations for reviewers from submitting authors. Thus, during the submission process, authors may nominate 2 to 4 external referees to review their manuscript (please provide at least their name and email address). The best reviewers are authors of publications on which your research builds and which you cite. Peer reviewers must have a publishing track in the area the manuscript deals with. When suggesting peer reviewers, conflicts of interests should be avoided, that is, suggested referees should not:

- be from the same department or (ideally) the same university;

- have been a research supervisor or graduate student of one of the authors within the past five years;

- have collaborated with one of the authors within the past five years or have plans to collaborate in the immediate future;

- be employees of non-academic organizations with which one of the authors has collaborated within the past five years; or

- be in any other kind of potential conflict of interest situation (eg, personal, financial).

We ask applicants not to contact suggested referees in advance. The editor reserves the right to send the manuscript to other referees.

Reporting Guidelines for Specific Study Designs

Authors are encouraged to consult best practice guidelines relevant for their research design. Research reports frequently omit important information.

Randomized Controlled Clinical Trials (RCTs) are highly encouraged and should be reported in accordance with the CONSORT statement (<http://www.consort-statement.org/>).

A diagram illustrating the flow of participants through the trial is required (<http://www.consort-statement.org/index.aspx?o=1077>). Please complete and include the CONSORT checklist with the submission.

In accordance with recommendations from the ICMJE (Uniform Requirements) it is strongly recommended that RCTs be registered in a WHO accredited trial registry (this is mandatory for industry sponsored trials). Please mention the International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN) (or a comparable trial identifier) at the end of the abstract (in brackets), as well as when you first mention the acronym of a RCT in the manuscript.

Reporting guidelines have also been developed for a number of other study designs and as JPHD encourages reviewers to use these guidelines during the peer review process, authors are well advised to use these checklists as well during research planning and manuscript preparation. Examples include: for observational epidemiology studies the STROBE guidelines (<http://www.strobe-statement.org/>) and for meta-analysis and systematic reviews the QUORUM statement, (Lancet. 1999 Nov 27;354(9193):1896-900).

Early View

The Journal is part of the Wiley Interscience Early View service. Articles are published on a regular basis online in advance of their appearance in a print issue. These articles are fully peer reviewed, edited, and complete—they only lack page numbers and volume/issue details—and are considered fully published from the date they first appear online. This date is shown with the article in the online table of contents. Because Early View articles are considered fully complete, please bear in mind that changes cannot be made to an article after the online publication date even if it is still yet to appear in print.

The articles are available as full text HTML or PDF and can be cited as references by using their Digital Object Identifier (DOI) numbers. For more information on DOIs, please see <http://www.doi.org/faq.html>.

To view all the articles currently available, please visit the journal homepage at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jphd.2008.9999.issue-9999/issuetoc>. Upon print publication, the article will be removed from the Early View area and will appear instead in the relevant online issue, complete with page numbers and volume/issue details. No other changes will be made.

The implementation of Early View for JPHD represents our commitment to publishing articles as soon as possible for readers, reducing time to publication considerably without sacrificing quality or completeness.

NIH Policy

Wiley-Blackwell supports authors by posting the accepted version of articles by NIH grant-holders to PubMed Central. The accepted version is the version that incorporates all amendments made during peer review, but prior to the publisher's copy-editing and typesetting. This accepted version will be made publicly available 12 months after publication in the journal. The NIH mandate applies to all articles based on research that has been wholly or partially funded by the NIH and that are accepted for publication on or after April 7, 2008. For more information about the NIH's Public Access Policy, visit <http://publicaccess.nih.gov>.

Wiley-Blackwell also offers its [Open Access and Funded Access](#) services. Upon payment of the Open Access or Funded Access fee, we will deposit the published version of the article into PubMed Central, with public availability in PubMed Central and on the journal's website immediately upon publication.

Copyright

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author for the paper will receive an email prompting them to login into Author Services; where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be able to complete the license agreement on behalf of all authors on the paper.

For authors signing the Copyright Assignment Form

If the Open Access option is not selected the corresponding author will be presented with the copyright form to sign. The terms and conditions of the copyright form can be previewed [here](#).

Terms and Conditions

Please do not complete this PDF until you are prompted to login into Author Services as described above.

Note to Contributors on Deposit of Accepted Version

Funder arrangements

Certain funders, including the NIH, members of the Research Councils UK (RCUK) and Wellcome Trust require deposit of the Accepted Version in a repository after an embargo period.

Details of funding arrangements are set out at the following website:

<http://www.wiley.com/go/funderstatement>. Please contact the Journal production editor if you have additional funding requirements.

Institutions

Wiley has arrangements with certain academic institutions to permit the deposit of the Accepted Version in the institutional repository after an embargo period. Details of such arrangements are set out at the following website: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>

For authors choosing Open Access

If the Open Access option is selected the corresponding author will have a choice of the following Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

Creative Commons Attribution License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services

http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp and visit

<http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>.

If you select the Open Access option and your research is funded by The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license supporting you in complying with Wellcome Trust and Research Councils UK requirements. For more information on this policy and the Journal's compliant self-archiving policy, please visit: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>.