



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA E ODONTOLOGIA PREVENTIVA
CURSO DE ODONTOLOGIA

MANOEL NUNES DA SILVA NETO

**A INFLUÊNCIA DO SEXO, GÊNERO, IDADE E RAÇA DO PACIENTE NA
DECISÃO TERAPÊUTICA DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA**

Recife

2022

MANOEL NUNES DA SILVA NETO

**A INFLUÊNCIA DO SEXO, GÊNERO, IDADE E RAÇA DO PACIENTE NA
DECISÃO TERAPÊUTICA DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA**

Trabalho apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2 como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior

Co-orientador: Doutorando Paulo Cardoso Lins Filho

Recife

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva Neto , Manoel Nunes da.

A influência do sexo, gênero, idade e raça do paciente na decisão
terapêutica dos estudantes de odontologia. / Manoel Nunes da Silva Neto . -
Recife, 22.

26

Orientador(a): Arnaldo de França Caldas Júnior

Cooorientador(a): Paulo Cardoso Lins Filho

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Odontologia - Bacharelado, 22.

Inclui referências, anexos.

1. Tomada de decisão clínica . 2. Saúde bucal . 3. Educação profissionalizante
. 4. Iniquidades em saúde . 5. Discriminação social . I. Caldas Júnior , Arnaldo
de França . (Orientação). II. Lins Filho , Paulo Cardoso . (Coorientação). III. Título.

610 CDD (22.ed.)

MANOEL NUNES DA SILVA NETO

**A INFLUÊNCIA DO SEXO, GÊNERO, IDADE E RAÇA DO PACIENTE NA
DECISÃO TERAPÊUTICA DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA**

Trabalho apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2 como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

**Nome do Primeiro avaliador/
UFPE**

**Nome do segundo avaliador/
UFPE**

**Nome do terceiro avaliador/
UFPE ou de outra instituição**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **KATENDÊ**, dono de meu *orí*, aquele que me rege em terra para o caminho do conhecimento e utilização desse saber como instrumento de transformação. Peço-lhe permissão para dar voz aos meus que não tiveram oportunidade de falar e muitas vezes de escrever.

À dona de todas as cabeças, mãe de todos. *Kaiala*, minha mãe, que seja a senhora a minha fonte de vida, que em tuas águas eu consiga ser fiel a mim mesmo.

À dona do meu destino, *Ndanda*. Mãe, todos os dias a senhora permita que eu seja teu filho e que o amor seja o sobrenome de minha jornada.

À minha genitora, Maria das Graças da Silva Nunes, por todo cuidado, carinho e afetividade, na qual muitas vezes me perdi em seus excessos. Mãe, que o amor e o respeito seja o motivo maior dos nossos encontros e que Nossa Senhora da Conceição, tua mãe, interceda para o florescimento da nossa relação.

Ao meu pai, Sebastião Ricardo Nunes da Silva, pela persistência e dedicação por acreditar em meus sonhos e fazer destes também os seus.

À todos os meus familiares que de uma forma ou de outra sempre me impulsionaram para a conclusão de um sonho que não é só meu, em especial minha madrinha Maria de Lourdes, minhas tias Maria Gorete, Kátia Maria e aos meus primos.

Aos meus irmãos de santo, filhos do *Inzo Nkossi Mavambo*. Em especial a Anderson de Souza, Andreina Lira, David Mello, Éric Matheus, Yan Amorim e Valquíria Leite Pinheiro. Obrigado pelos conselhos e ensinamentos para o meu desenvolvimento pessoal e espiritual.

Ao meu *babalorixá*, Jeferson Freitas, por me mostrar a imensidão e a grandiosidade que é ser uma pessoa de axé. As suas palavras e o seu amor para com os *Nkisis* nos enche de sabedoria e orgulho, obrigado pai.

A todos os cargos do *Inzo Nkossi Mavambo*. Em especial a Eristela Feitoza, Janaina Freitas, Natália Farias, Luciana Almeida, Arthur Aderson, Jonhnata Cruz. Sem folha não tem orixá e sem vocês não existiria candomblé.

Aos meus colegas de curso, em especial as minhas duas duplas de vida e clínica: Maria Luísa Lins e Débora Luza. Amigas, obrigado pelo conforto e apoio, nossa amizade foi crucial para o profissional que me tornei.

Ao meu amigo Yuri Gois, por toda história que construímos juntos nesses três últimos anos.

Ao Núcleo de Acolhimento e Pronto Atendimento do curso de Odontologia, por permitir enxergar pela primeira vez o profissional que um dia eu pretendo ser. Nessa minha futura jornada, que o comprometimento e humanização sejam sinônimos de meu atendimento, para que os exames visuais não se restrinjam às lesões e sim à vida que está sob a cadeira.

Aos meus colegas de curso e estágio, em especial Laís Sodré e Raiana Lacerda pelo acolhimento e escuta nos momentos difíceis. Amigas, obrigado por cada palavra de incentivo e amor.

Ao meu colega de curso e amigo, Marcus Vinícius, que sempre esteve disponível enquanto ouvinte, acompanhado de seu carinho e café para me oferecer.

Ao meu orientador e coorientador Professor Arnaldo de França Caldas Júnior e Doutorando Paulo Cardoso Lins Filho, respectivamente, pela ajuda e compreensão nesse momento tão importante da graduação.

As minhas amigas de ensino médio por estarem comigo até hoje, em especial Allana Ferreira, Alice Ferreira, Amanda Lima, Jéssica Mendes, Micaela Ramos, Natália Melo, Priscila Dayse e Victória Pessoa.

Aos meus preceptores de estágio em especial as Doutoradas Renata Andrade e Luciana Coelho, pelos ensinamentos recebidos tanto da prática odontológica quanto aos aspectos de humanização.

À todos os pacientes que tive a oportunidade de atender tanto na clínica-escola do curso de odontologia quanto nos estágios curriculares. Muito obrigado pela confiança.

Kò sí ewé, kò sí òrìsà. Sem folha, não há orixá.
(Autor desconhecido)

RESUMO

O artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e à sua família, saúde e bem-estar, incluindo cuidados médicos. Com isso, depreende-se que um indivíduo não deve esperar receber um padrão inferior de cuidados devido a sua raça, idade, identidade de gênero, sexualidade, credo religioso ou qualquer outra característica que não seja relevante a manutenção de sua saúde. Entretanto, estudos revelam que o processo de tomada de decisão de profissionais de odontologia costuma envolver critérios subjetivos que podem levar a elaboração e execução de um plano de tratamento inferior. No entanto, existem poucos achados na literatura que avaliam esse processo de decisão envolvendo estudantes de odontologia e por qual motivo isso acontece. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo constatar na literatura a influência do sexo, identidade de gênero, idade e raça do paciente na decisão terapêutica dos graduandos de odontologia e sua correlação com a grade curricular do curso. Com isso, foi realizada uma revisão narrativa da literatura utilizando as bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo como critérios de inclusão artigos originais em inglês e português. Diante disso, depreende-se que através da metodologia de ensino nos cursos de odontologia e consequentemente a ausência de disciplinas de cunho social e histórico, esses alunos ao serem confrontados com pacientes negros, as suas tomadas de decisões não são influenciadas por esse fator, no entanto, quando esses estudantes estão diante da busca pelo não êxito de um tratamento realizado, há uma maior responsabilização desse insucesso para o paciente negro comparado aos seus pares. Em relação ao etarismo, mesmo com resultados satisfatórios afirmando que a idade não é um fator determinante para tomada de decisão desses futuros profissionais, estudos alertam para melhorias durante o atendimento dessa população e um maior número de disciplinas, sobre o envelhecimento da população e odontogeriatrics, para coibir atitudes discriminatórias no ambiente acadêmico. Em relação a influência de outros grupos (pacientes trans e mulheres cis) envolvendo a tomada de decisão clínica, não foi possível constatar na literatura, sendo necessário a publicação de estudos que analisem esses outros fatores. Com isso, teremos estudantes, desde a graduação, preparados para atender as demandas dessa população, entendendo que a sua função é de extrema importância para a universalização da assistência odontológica.

Palavras-chave: tomada de decisão clínica, saúde bucal, educação profissionalizante, iniquidades em saúde, discriminação social.

ABSTRACT

Article XXV of the Universal Declaration of Human Rights of 1948 defines that every human being has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including medical care. This implies that an individual should not expect to receive a lower standard of care because of race, age, gender identity, sexuality, religious belief, or any other characteristic that is not relevant to the maintenance of his or her health. However, studies reveal that the decision-making process of dental professionals often involves subjective criteria that can lead to the development and execution of an bottom treatment plan. Nonetheless, there are few findings in the literature that evaluate this decision-making process involving dental students and why this happens. In this sense, the present study aims to verify in the literature the influence of sex, gender identity, age and race of the patient in the therapeutic decision of undergraduate dental students and its correlation with the course curriculum. A narrative review of the literature was conducted using the PubMed and Virtual Health Library (VHL) databases, using original articles in English and Portuguese as inclusion criteria. Therefore, it can be concluded that, due to the teaching methodology used in dental courses and the consequent absence of social and historical subjects, when these students are confronted with black patients, their decision-making is not influenced by this factor, however, when these students are faced with the search for the failure of a treatment performed, there is greater responsibility for this failure for the patient black compared to their peers. Regarding ageism, even with satisfactory results stating that age is not a determining factor in the decision making of these future professionals, studies call for improvements during the care of this population and a greater number of subjects about the aging population and odontogeriatrics, in order to curb discriminatory attitudes in the academic environment. Regarding the influence of the other groups mentioned (trans patients and cis women) involving clinical decision making, it was not possible to find it in the literature, and it is necessary to publish studies that analyze these other factors. With this, we will have students, since graduation, prepared to meet the demands of this population, understanding that their role is extremely important for the universalization of dental care.

Keywords: clinical decision making; oral health; education, professional; health inequities; social discrimination.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	MÉTODO.....	13
3	RESULTADOS.....	14
4	DISCUSSÃO.....	14
5	CONCLUSÃO.....	19
	REFERÊNCIAS.....	21
	ANEXO 1 - NORMAS DA REVISTA.....	25

1 INTRODUÇÃO

Considerado ainda hoje como a maior política de estado do Brasil no que diz respeito à saúde pública, o SUS (Sistema Único de Saúde) foi instaurado no ano de 1988 e possui três conceitos que servem de embasamento teórico para a sua prática. A equidade, que faz parte desses princípios doutrinários, tem por definição tratar os desiguais de forma desigual, entendendo que o processo de adoecimento assim como o acesso aos serviços de saúde tem as suas predileções.

Essa materialização da saúde como um instrumento de direito a todos¹, serve de referência para o entendimento de como as desigualdades sociais e/ou raciais estão diretamente ligadas ao processo de adoecimento de grupos socialmente marginalizados. Sendo assim, facilitar esse acesso é enxergar humanidade em corpos que historicamente não são considerados dignos de direitos básicos. Nesse sentido, a saúde passa a ser vista não como assistencialismo e sim como um dever do Estado.

Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, ao aplicar e promover o conhecimento científico, a prática médica e as tecnologias associadas, à vulnerabilidade humana deve ser levada em conta. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade especial devem ser protegidos e a integridade pessoal de tais indivíduos respeitada².

Diante disso, é importante salientar que uma tomada de decisão clínica necessita de dois grandes elementos. O primeiro deles diz respeito à teoria, ou seja, o conhecimento prévio do profissional acerca de um problema exposto e o último a aplicação desse acervo para a sua resolução. Para que ocorra um êxito, preconiza-se que essas decisões sejam por obrigação baseadas em evidências científicas^{3,4}.

A fim de auxiliar os profissionais de saúde e conseqüentemente melhorar a eficácia dos cuidados clínicos, foram desenvolvidos parâmetros para a prática clínica. Algumas limitações existentes desses protocolos, geralmente estão associadas ao perfil retrógrado de alguns profissionais. Além disso, a complexidade dessas diretrizes promove muitas vezes discordâncias entre si, fazendo com que muitos clínicos sigam suas experiências pessoais como método de atendimento⁵.

Com isso, depreende-se que um indivíduo não deve esperar receber um padrão inferior de cuidados devido a sua raça, idade, identidade de gênero, sexualidade, credo

religioso ou qualquer outra característica que não seja relevante a manutenção de sua saúde.

Entretanto, estudos revelam que o processo de tomada de decisão clínica de profissionais de saúde costuma envolver critérios subjetivos que podem levar a variações tendenciosas na elaboração e execução do plano de tratamento⁶. Às vezes, associações relativas a grupos sociais estigmatizados influenciam uma decisão ou ação⁷.

Essa realidade também se faz presente quando citamos a vivência clínica dos cirurgiões-dentistas. Estudos mostram que as decisões tomadas por esses profissionais possuem caráter subjetivo, no qual aspectos relacionados à vulnerabilidade social do paciente representam uma característica relevante na indicação do procedimento clínico⁸. No entanto, existem poucos achados na literatura que avaliam esse processo de decisão envolvendo estudantes de odontologia e por qual motivo isso acontece.

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo avaliar, por meio de uma revisão de literatura, a influência do sexo, identidade de gênero, idade e raça do paciente na decisão terapêutica dos estudantes de odontologia e sua correlação com a grade curricular do curso.

2 MÉTODOS

Este trabalho trata-se de uma revisão narrativa da literatura com a finalidade de abordar estudos publicados sobre a influência de grupos sociais (negros, idosos, mulheres cis, homens e mulheres trans) na tomada de decisão dos estudantes de odontologia e sua correlação com a epistemologia do conhecimento durante a graduação.

A coleta dos artigos foi realizada através das plataformas eletrônicas de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os seguintes descritores: *clinical decision making, educations professional, oral health, dental health services, social discrimination, transgender persons, sexism, ageism*, tomada de decisão clínica, educação profissional, saúde bucal, serviços de saúde bucal, discriminação social, pessoas transgêneros, sexismo, etarismo. Em relação a busca, optou-se pelo modo avançado, uma ou mais palavras, utilizando os operadores booleanos "AND/OR" para expressões, buscando-se palavras no título, no resumo (*abstract*) e ou no artigo, por meio do método integrado de busca.

3 RESULTADOS

Utilizando os descritores acima foram encontrados 130 artigos, estes foram acessados pelos resumos para seleção. Como critérios de inclusão foram escolhidos somente os originais em inglês e português. Enquadraram-se no escopo desta revisão 33 artigos que foram lidos por completo.

4 DISCUSSÃO

O tratamento injusto a determinados indivíduos em detrimento da sua origem racial ou étnica é definido como discriminação racial. Tal situação, ocorre não somente através de xingamentos ou ofensas, mas também por um sistema de poder que legitima a distribuição desigual dos recursos sociais ofertados pelo Estado. Logo, as relações interpessoais bem como as esferas da sociedade carregam as influências dessa bagagem histórica^{9,10}.

Não diferente, os serviços de saúde também exercem esse caráter excludente para grupos socialmente marginalizados. Por estarmos inseridos em uma sociedade estruturada pelo machismo, outras diversas formas de preconceito reverberam o poder que o Estado tem na invisibilidade de alguns grupos, como, por exemplo, pessoas transgêneros. Essas agressões envolvendo a população trans não se resume apenas ao aspecto físico, mas também em níveis sociais privando-as de direitos básicos como o acesso à saúde^{11,12}.

Além dessas dificuldades, sobretudo pelo caráter excludente dos atendimentos, estudos mostram que profissionais fornecem cuidados inadequados tanto para pacientes negros e pessoas transgêneros, como também para mulheres e idosos¹³. Indivíduos negros, por exemplo, possuem menor acesso aos antirretrovirais para o vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV)¹⁴. Para os pacientes idosos são ofertados nos serviços de saúde uma atenção de qualidade inferior¹⁵. Mulheres cis recebem tratamento menos agressivo para analgesia quando comparada aos homens cis¹⁶. Por fim, pacientes transgêneros obtêm menos vacinação anti-HPV^{17,18} e apresentam maior dificuldade de acesso à atenção básica de saúde^{19,20}.

No tocante aos serviços de saúde bucal, também observamos essas disparidades em tratamentos e tomadas de decisões clínicas envolvendo minorias sociais e grupos estigmatizados. Um estudo com cenários de casos, constatou que a raça do paciente é um

fator determinante para os profissionais de odontologia extrair ou manter um dente cariado. Os resultados mostraram que para o paciente negro houve uma maior indicação para a exodontia em comparação ao indivíduo branco²¹.

Assim como a raça, a idade do paciente também é um fator de influência para a exodontia. Um estudo mostrou que existe uma maior frequência de extração em idosos em comparação a pacientes jovens. Nesse último, há uma preservação maior da estrutura dental, sendo fornecido ao indivíduo formas mais conservadoras de tratamento⁴.

Em relação a pacientes transgêneros, foi observado na literatura um estudo com residentes de odontologia que correlaciona a identidade de gênero como algo determinante para o não tratamento desses pacientes. Os resultados demonstraram, que os profissionais em destaque possuem pouca satisfação ao tratá-los. Esse número aumenta quando esses residentes têm conhecimento sobre a positividade do HIV nesses indivíduos, alegando o medo da exposição ao vírus²².

A tomada de decisão influenciada pelo sexismo, não foi identificada nas bases de dados de artigos científicos, visto que não houve nenhum achado na literatura que permitisse realizar essa correlação com profissionais de odontologia, o que reflete a invisibilidade desses grupos perante a comunidade acadêmica.

O primeiro contato do Cirurgião-Dentista com situações envolvendo esses problemas éticos é durante a graduação, através dos atendimentos nas clínicas-escolas ou nos estágios curriculares. Segundo Candido²³, esses dilemas estão relacionados desde a escolha do paciente no qual será atendido pelos estudantes, dando prioridade muitas vezes aos familiares ou conhecidos, até a omissão de informações sobre os procedimentos e cuidados pré e/ou pós-operatórios.

Em uma investigação prévia envolvendo a tomada de decisão clínica de estudantes de odontologia, verificou-se que os resultados não apresentaram diferenças significativas quando confrontados com pacientes de raças diferentes, nesse caso, negros e brancos²⁴. No entanto, ainda segundo Candido²³, quando esses graduandos estão diante da busca pelo insucesso de um tratamento realizado, para o indivíduo negro foi elencado uma maior responsabilidade desse não êxito, quando comparado aos seus pares.

No que diz respeito a presença do etarismo, ou seja, a discriminação contra indivíduos idosos, como fator determinante na tomada de decisão de estudantes de

odontologia, estudos mostram decisões clínicas aceitáveis, no entanto, ainda podem ser aprimoradas para o melhor atendimento desses pacientes. Através do conhecimento dos graduandos com a fisiologia geriátrica, por exemplo, avanços serão alcançados²⁵.

É importante salientar que em relação aos outros grupos minoritários (mulheres cis e pacientes trans), não há evidências científicas envolvendo estudantes de odontologia frente a uma tomada de decisão clínica. Com isso, se faz necessário um maior comprometimento no que diz respeito a produção de pesquisas e publicação de estudos que contemplem essas discussões, a fim de alertar sobre essas iniquidades em saúde bucal.

A fim de evitar essas situações tendenciosas, por parte dos profissionais da saúde, e dignificar o atendimento para toda a população sem qualquer distinção, é necessário transformações no ensino dos cursos de saúde²⁶. Nesse sentido, a presença de disciplinas ou conteúdos envolvendo os aspectos das relações dos indivíduos com a sociedade é um caminho para um entendimento mais amplo de como os determinantes sociais são cruciais para o adoecimento de certos grupos^{27,28}.

Esses entraves que dificultam a universalização da saúde, expõem conseqüentemente as condições em saúde bucal desses grupos. Um exemplo disso seria o perfil da grande maioria dos pacientes desdentados. Segundo dados do SB-Brasil de 2003, pardos apresentam 1,4 mais chances de perda dental quando comparados aos brancos. Tais resultados, explicam, por exemplo, a necessidade de prótese ser maior também neste grupo, chegando em alguns estados o número de 94% da população²⁹.

Além disso, é importante ressaltar que a operação em conjunto dos sistemas de opressão promove formas de exclusão mais severas. No campo da saúde bucal, por exemplo, através de sensibilidades analíticas como a interseccionalidade, conseguimos observar como a cor da pele somado as condições socioeconômicas e discriminação racial, denuncia as marcas dentárias de uma população^{10,29,30}.

Atualmente, o Brasil é o país com o maior número de profissionais de odontologia no mundo³¹, acompanhado, também, de uma população caracterizada pelo edentulismo. Esse padrão, muito comum nos consultórios e serviços públicos de saúde em contraste com o índice de cirurgiões-dentistas, alerta sobre a importância de estudos epidemiológicos que identifiquem as causas que levam à perda dos dentes e

consequentemente promovam as ações que reduzam e/ou devolvam a forma e fisiologia, através das reabilitações protéticas⁸.

É importante salientar que a extração dentária deve sempre ser considerada como a última opção de tratamento a ser indicada. No entanto, o descuido da população devido à ineficácia de políticas públicas já instauradas, voltadas para prevenção e a educação em saúde, faz de uma indicação tornar-se uma escolha muitas vezes não questionada pelo paciente.

Um dos fatores para essa negligência cultural em relação aos cuidados em saúde bucal, se dá pelo alto custo dos tratamentos odontológicos nos consultórios particulares tornando-se, assim, uma realidade muito distante. Além disso, podemos citar o histórico envolvendo o acesso aos serviços de saúde bucal antes da inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Unidades de Saúde da Família (USF), no ano de 2000. Naquela época, somente os trabalhadores contratados via CLT, que eram contribuintes do INAMPS, tinham direito a essa assistência. No entanto, esses atendimentos apresentavam um caráter extremamente curativista, onde as ações de prevenção e educação em saúde eram inexistentes³². Segundo Mattos et al.³² essa assistência priorizava as ações curativas, restritas e isoladas, em nível ambulatorial e de livre demanda, realizadas individualmente pelo Cirurgião-dentista.

Através dos levantamentos epidemiológicos realizados nos anos de 2003 e 2010, foi possível desenvolver projetos a fim de reduzir essas disparidades. O aumento do número das ESBS, assim como a abertura dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDS) simboliza um pouco dessas mudanças³².

Apesar dos grandes avanços envolvendo a assistência odontológica no SUS, alguns entraves, por parte das ESBS, merecem destaque pois dificultam a efetividade desses serviços. Um exemplo disso, seria a desvalorização do trabalho em equipe, por parte do CD, em contraste com a predileção das habilidades técnicas e mecânicas. Essa realidade, compromete não somente o trabalho em conjunto das Unidades de Saúde da Família (USF), assim como também expõe uma odontologia ainda nos moldes curativista que não segue os princípios da integralidade³².

As causas para a existência desse perfil de profissionais, seriam as características no ensino dos cursos de odontologia. O ambiente acadêmico, por exemplo, ainda não enfatiza durante a graduação a importância da interdisciplinaridade com outras áreas da saúde. A inclusão desses temas, tem a finalidade tanto de aprimorar a formação do estudante quanto de prepará-lo para uma vivência em equipe capaz de desenvolver práticas coletivas de forma integral para a população³².

Ainda relacionado a formação desses profissionais, sabemos que os cursos de saúde, bem como a odontologia, são conhecidos por exigir do estudante o desenvolvimento de habilidades manuais, onde o sucesso profissional muitas vezes está vinculado a essas aptidões laborais. No entanto, com o passar dos anos identificamos uma ligeira transformação a partir da inserção, nas grades curriculares, de disciplinas com a finalidade de fomentar uma formação crítico-reflexiva dos alunos sobre os problemas sociais que por consequência estão associados à saúde da população^{33,34}.

Essas mudanças no Brasil, por exemplo, começaram a ser impulsionadas através das políticas afirmativas, na qual indivíduos historicamente marginalizados (pretos e pardos), passaram a compor o quadro de estudantes das universidades públicas. A adesão dessa população no ambiente acadêmico denota uma quebra contra as instituições hegemônicas, dando a possibilidade desses corpos escreverem as suas próprias narrativas³⁵.

Com isso, a inclusão da temática racial no conteúdo teórico-prático dos cursos de saúde, incluindo a odontologia, é uma das formas de exercer um ensino antirracista dentro de um ambiente, historicamente marcado por uma epistemologia do conhecimento, que sempre perpetuou estigmas e preconceitos contra a população negra³⁶.

Além disso, é importante ressaltar outras temáticas envolvendo a vulnerabilidade de corpos sexualmente estigmatizados, como a população trans. É de extrema importância que seja na graduação esse primeiro contato, conhecendo assim as iniquidades nos cuidados de saúde para desenvolver estratégias a fim de reduzir atitudes discriminatórias, tanto no ambiente acadêmico quanto em sua vida profissional¹⁰.

De acordo com alguns estudiosos, o melhor caminho para dar início a essas transformações seria a profissionalização do corpo docente, capaz de potencializar no âmbito acadêmico discussões até então deixadas de lado, sobretudo em cursos de saúde

³³. Nesse sentido, é de extrema importância os professores estarem cientes das suas responsabilidades enquanto instrumento para a formação desses futuros profissionais. Sendo assim, segundo Sabadia³⁷, a competência e proatividade dos docentes e/ou coordenadores estão diretamente ligadas ao perfil dos novos cirurgiões-dentistas.

Através dos atendimentos nas clínicas-escolas de odontologia, por exemplo, podemos identificar que as universidades exercem um papel importantíssimo no que diz respeito à educação em saúde bucal. Tal situação tem a finalidade de potencializar um vínculo maior com a população, oferecendo um tratamento digno e de qualidade baseado em evidências científicas, além de contribuir para o enriquecimento humano e profissional dos alunos²⁷.

É nesse contexto que podemos fazer uma analogia, na qual os centros universitários representam um microcosmo da realidade brasileira, quando citamos o acesso aos serviços em saúde bucal. A maioria dos usuários que dependem exclusivamente do SUS ou buscam atendimento através das clínicas-escolas, são pessoas socialmente marginalizadas: pretas, pardas e/ou pobres³⁸. Logo, esse estudante precisa estar apto para atender, desde a graduação, as demandas dessa população, entendendo que a sua função é de extrema importância para a universalização da assistência odontológica.

5 CONCLUSÃO

Diante disso, depreende-se que através da metodologia de ensino nos cursos de odontologia e conseqüentemente a ausência de disciplinas de cunho social e histórico, esses alunos ao serem confrontados com minorias raciais, não tem as suas tomadas de decisões influenciadas por esse fator, no entanto, a responsabilização pelo insucesso de um tratamento segundo esses estudantes, é maior entre negros do que em brancos.

Em relação ao etarismo, mesmo com resultados satisfatórios afirmando que a idade não é um fator determinante para tomada de decisão de estudantes de odontologia, estudos fomentam melhorias durante o atendimento dessa população. A importância, mais uma vez, de disciplinas, desta vez com temas sobre o envelhecimento da população e odontogeriatrics, para coibir atitudes discriminatórias desses futuros profissionais.

No entanto, não foi possível constatar na literatura que a tomada de decisão clínica dos graduandos de odontologia sofre influência dos outros grupos mencionados

(pacientes trans e mulheres cis), sendo necessário a publicação de estudos que analisem esses outros fatores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
2. United Nations. Universal Declaration of Human Rights. UN General Assembly; 1948.
3. Mathews SC, Pronovost PJ. Physician autonomy and informed decision making: finding the balance for patient safety and quality. *Jama*. 2004; 300(24):2913-2915.
4. D'Avila S, Oliveira P, Cavalcante GMS, Souza EHAD, Caldas Jr AFD. Influência da idade do paciente no processo de tomada de decisão de extrair ou manter um dente por Cirurgiões-Dentistas. *RGO (Porto Alegre)*. 2012; 60(2):221-226.
5. Ferreira JC, Patino CM. Diretrizes de prática clínica: como elas ajudam médicos e pacientes a tomar decisões importantes sobre saúde?. *J Bras Pneumol*. 2019; 45(5):20190321.
6. Fitzgerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics [Internet]*. 2017[cited 2022 set 20]; 18(1):1-19. Available from:
7. Holroyd J, Sweetman J. The Heterogeneity of Implicit Bias. *Implicit Bias and Philosophy, Volume 1*. 2016 Mar 1;1:80-103.
8. Cimões R, Caldas ADF Jr, Souza EHAD, Gusmão ES. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007; 12(6):1691-1696.
9. Ribeiro D. *Quem tem medo do feminismo negro?* 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2018. 120 p.
10. Schuch HS, Haag DG, Bastos JL, Paradies Y, Jamieson LM. Intersectionality, racial discrimination and oral health in Australia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2020; 49(1):87-94.
11. Varotto BLR, Massuda M, Nápole RDCDO, Antequera R. População LGBTQIA+: o acesso ao tratamento odontológico e o preparo do cirurgião dentista - uma revisão integrativa. *Revista da ABENO*. 2022; 22(2):1542.
12. Silva Filho AWR da, Silva MKA da, Gonzaga GLP, Santos Neto J de D, Aciolly GMA, Bezerra ART de L, et al. Humanized dental care for the transsexual community:

literature review. RSD [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 20]; 10(13):587101321553. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21553>.

13. Paulson MR, Dekker AH, Aguilar-Gaxiola S. Eliminating disparities in pain management. *J Am Osteopht Assoc*. 2007; 107(9):17-20.

14. Oramasionwu CU, Brown CM, Lawson KA, Ryan L, Skinner J, Frei CR. Differences in national antiretroviral prescribing patterns between black and white patients with HIV/AIDS, 1996-2006. *South Med J*. 2011; 104(12):794-800.

15. Wilson MAG, Kurrle S, Wilson I. Medical student attitudes towards older people: a critical review of quantitative measures. *BMC Res Notes*. 2018; 11(1):71.

16. Hirsh AT, Hollingshead NA, Matthias MS, BAIR MJ, Kroenke K. The influence of patient sex, provider sex, and sexist attitudes on pain treatment decisions. *J Pain*. 2014; 15(5):551-559.

17. Apaydin KZ, Fontenot HB, Shtasel D, Dale SK, Borba CPC, Lathan CS et al. Facilitators of and barriers to HPV vaccination among sexual and gender minority patients at a Boston community health center. *Vaccine X*. 2018; 36(26):3868-3875.

18. Meites E, Gorbach PM, Gratz B, Panicker G, Steinau M, Collins T, et al. Monitoring for Human Papillomavirus Vaccine Impact Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men-United States, 2012-2014. *J Infect Dis*. 2016; 214(5):689-696.

19. Jennings L, Barcelos C, McWilliams C, Malecki K. Inequalities in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health and health care access and utilization in Wisconsin. *Prev Med Rep*. 2019;14(1);100864.

20. Whitehead J, Shaver J, Stephenson R. Outness, Stigma, and Primary Health Care Utilization among Rural LGBT Populations. *PLoS One*. 2016; 11(1):146139.

21. Cabral ED, Caldas ADF Jr, Cabral HAM. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33(6):461-466.

22. Samuel SR, Muragabopathy V, Patil S. Transgender HIV status, self-perceived dental care barriers, and residents' stigma, willingness to treat them in a community dental outreach program: Cross-sectional study. *Spec Care Dentist*. 2018; 38(5):307-312.

23. Candido LC, Finkler M, Bastos JL, Freitas SFT de. Conflitos com o paciente, cor/raça e as concepções de estudantes de Odontologia: uma análise com graduandos no sul do Brasil. *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2019 [citado 2022 set 20]; 29(4);290410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290410>.
24. Schroeder FC, Bastos JL, Constante HM, Kovaleski DF, Boing AF, Freitas SFT de. To Extract or to Restore the Tooth? Color/Race and Clinical Decision Making among Undergraduate Dental Students from Southern Brazil. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr* [Internet]. 2017 [cited 2022 sep 20]; 17(1):3700. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63749543047>.
25. Carellis C, Kalberer N, Abou-Ayash S, Schimmel M, Wittneben JG, Zitzmann NU, et al. Attitudes of dental students towards treating elderly patients. Dental students' attitudes on geriatric patients. *Swiss Dent J*. 2021; 131(2):116-124.
26. Bach CN, Leonhardt AZ, Muller C, Bianchini J, Rados ARV, Teixeira MFN. Discriminações e preconceitos: temas que precisam de muito debate na formação dos profissionais de saúde. *Rev ABENO* [Internet]. 2022 [citado 2022 set 20]; 22(2):1729. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1729>.
27. Farias CML, Carvalho RB de, Laiber LP, Belotti L, Pacheco KT dos S. Pensamento crítico e a formação de profissionais em Odontologia: uma revisão narrativa da literatura. *Rev ABENO* [Internet]. 2016 [citado 2022 set 20];16(1):73-87. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/233>.
28. Monteiro RB, Santos MPA dos, Araujo EM de. Saúde, currículo, formação: experiências sobre raça, etnia e gênero. *Interface - comunicação, saúde e educação* [Internet]. 2021 [citado 2022 set 20]; 25(1):200697. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200697>.
29. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(2):135-141.
30. Akotirene C. *Interseccionalidade*. 1. ed. São Paulo: Jandaíra; 2019. 152 p.
31. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. *Perfil atual e tendência do Cirurgião-Dentista Brasileiro*. 21. ed. São Paulo: Dental Press; 2010. 96 p.

32. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2014 [citado 2022 set 20]; 19(2):373-382. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>.
33. Secco LG, Pereira MLT. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2004 [citado 2022 set 20]; 9(1):113-120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100011>.
34. Silva CS da. Uma experiência de desconstrução da epistemologia do racismo: o desenvolvimento da Lei n. 10.639/2003 nos cursos de educação física, odontologia, psicologia, arquitetura e urbanismo. *Revista Eixo* [Internet]. 2017 [citado 2022 set 20]; 6(3):67-74. Disponível em: <https://doi.org/10.19123/eixo.v6i3.426>.
35. Melo FM, Riscado JLS. Curricularização das relações étnico-raciais em uma faculdade de odontologia. *Educ Policy Anal Arch* [Internet]. 2021 [citado 2022 set 20]; 29(7). Disponível em: <https://doi.org/10.14507/epaa.29.4664>.
36. Gomes NL. Relações étnico-raciais, educação e descolonização dos currículos. *Currículo sem fronteiras.* 2012; 12(1):98-109.
37. Sabadia JAB. O papel da coordenação de curso - a experiência no ensino de graduação em geologia na Universidade Federal do Ceará. *Revista de Geologia.* 1998; 11(1):23-29.
38. Souza CMM de, Oliveira MB de, Marinho VL. Perfil dos pacientes atendidos na Clínica Escola de Odontologia da Universidade de Gurupi nos últimos 2 (dois) anos. *Rev. Cereus* [Internet]. 2021 [citado 2022 set 20]; 13(2):193-05. Disponível em: <http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3434>.

ANEXO 1 - NORMAS DA REVISTA DA ABENO

4. Texto

A estrutura do texto principal varia de acordo com o tipo de artigo:

Artigo de revisão: Introdução, Revisão da Literatura (com Estratégia de Busca de Artigos) e Conclusões.

Artigo de relato de experiência: Introdução, Relato de Experiência e Considerações finais.

Artigo de pesquisa: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões.

a) Introdução. Deve apresentar com clareza o objetivo do estudo e sua relação com os outros na mesma linha ou área. Extensas revisões de literatura devem ser evitadas e quando possível substituídas por referências aos artigos mais recentes, nos quais certos aspectos e revisões já tenham sido apresentados. O objetivo deve constar no último parágrafo da introdução.

b) Métodos. A descrição dos métodos usados deve ser suficientemente clara para possibilitar a perfeita compreensão e repetição da pesquisa, não sendo extensa. Técnicas já publicadas, a menos que tenham sido modificadas, devem ser apenas citadas.

c) Resultados. Deverão ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

d) Discussão. Deve ser restrita ao significado dos dados obtidos, resultados alcançados, relação do conhecimento já existente, sendo evitadas hipóteses não fundamentadas nos resultados.

e) Conclusões. Devem estar de acordo com os objetivos e fundamentadas nos resultados do estudo.

f) Agradecimentos (quando houver).

g) Referências. Para as citações no corpo do texto deve-se utilizar o sistema numérico, no qual são indicados no texto somente os números-índices na forma sobrescrita (antes do ponto ou da vírgula, quando houver). A citação de nomes de autores só é permitida quando estritamente necessária e deve ser acompanhada do ano de publicação entre parênteses e do número-índice. Todas as citações devem ser acompanhadas de sua referência completa e todas as referências devem estar citadas no corpo do texto. A lista de referências deve seguir a ordem em que as mesmas são citadas no texto. A lista de referências deve seguir o Estilo Vancouver, conforme orientações publicadas em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. As abreviaturas títulos dos periódicos deverão estar de acordo com o *PUBMed* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals/>

Normas para Apresentação de manuscritos

Os originais deverão ser redigidos em **português, espanhol ou inglês** e digitados na fonte Times New Roman tamanho 12, em página tamanho A4, com espaço 1,5, alinhado à esquerda e com margem de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo o total de no máximo 17 páginas, incluindo quadros, tabelas e ilustrações.

O encaminhamento dos originais é feito por meio do endereço eletrônico <http://revabeno.emnuvens.com.br>. A submissão *on-line* é simples e segura.