

# Trabalho de Conclusão de Curso

## RACISMO NA ODONTOLOGIA? UM ESTUDO COM GRADUANDOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Laise Cordeiro Candido

Universidade Federal de Santa Catarina  
Curso de Graduação em Odontologia



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA

Laise Cordeiro Candido

RACISMO NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA?  
UM ESTUDO COM ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM  
ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA

Trabalho apresentado à  
Universidade Federal de Santa  
Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação  
em Odontologia

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mirelle  
Finkler

Co-orientador: Prof. Dr. João Luiz  
Bastos

Florianópolis

2017



Laise Cordeiro Candido

RACISMO NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA? UM ESTUDO  
COM ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de outubro de 2017.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Mirelle Finkler  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Joana Célia dos Passos,  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof., Dr. Mario Vinicius Zendron,  
Universidade Federal de Santa Catarina



Dedico este trabalho ao maior amor da  
minha vida, minha irmã Érica.  
“A revolução não será discreta”, li uma  
vez. A revolução não será nem discreta  
e nem solitária, meu amor.





## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Marcondes e Luciane, por me ensinarem a amar a natureza e todas as suas criaturas e por me mostrarem que eu sempre posso fazer melhor por cada uma delas, toda a gratidão do mundo. Obrigada por todo o apoio, carinho e dedicação que vocês me deram em todos esses anos e que foram fundamentais para que eu chegasse aqui.

Be, minha irmã, meu maior amor, obrigada por ser a minha razão, por me dar motivos infinitos para lutar por um mundo melhor todas as vezes que me lembro de ti. Obrigada por permitir me fazer parte da tua jornada e por fazer parte da minha, por compartilhar comigo os amores e as dores que atravessam nossas vidas.

Ana Beatriz, Anna Paula, Camilla, Gabriella, Juliana, Laura e Natalia, minhas tão queridas e eternas amigas, vocês são a família que eu escolhi. Vocês me deram força, apoio e minhas maiores alegrias. Obrigada por me ensinarem a ter orgulho de mim mesma, orgulho de ser e de estar mulher, e me amar por isso. Obrigada, também, ao Bruno Rodrigues, o futuro grande arquiteto que me ajudou a furar a “bolha odontológica” e me lembrou tantas vezes de que o mundo é muito mais do que nossos olhos e nossa mente podem ver.

Ao professor João Luiz Bastos, minha gratidão por além de me proporcionar este trabalho e me dar tanto suporte neste momento, me acolher dentro da Odontologia e me mostrar que, neste mundo e em todos os que quisermos fazer parte, tem espaço para sermos do jeitinho que somos.

À professora Mirelle Finkler, muito obrigada por aceitar fazer parte desta jornada comigo, obrigada por toda a inspiração que me proporcionaste como mulher forte, pesquisadora e professora excepcional.

Por me escolher para dividir com ela essa rotina universitária que tantas vezes quase nos afogou em angústias, mas que muitas vezes nos emocionou de felicidade, também agradeço à minha companheira de clínica, Dayana. Obrigada por todas as pontas seguradas, os abraços de fim de dia, e por me ajudar a ser uma pessoa e uma profissional melhor.

Muito obrigada à todos os funcionários da universidade, que de alguma maneira passaram pelo meu caminho e me ajudaram a ser uma pessoa e profissional melhor, Professora Daniela, Professor Nelson, Batista, Luiz, Nilceia, Rosangela, Dayane, Michelle, Joseane.

Obrigada, principalmente, a este universo maravilhoso, a cada fiozinho de luz e de energia que chega até mim e me conduz, de maneira que eu mesma nem entendo, a viver esta vida espetacular e cheia de amor que eu vivo. Que o amor nunca acabe.

“A história é um profeta com o olhar voltado para trás: pelo que foi e contra o que foi, anuncia o que será”.

(Galeano, Eduardo. 1979)



## RESUMO

Os processos históricos pelos quais o Brasil passou têm impactos profundos sobre a forma como as relações sociais se dão na sociedade atual. Uma história marcada por períodos de colonialismo e escravidão resultou em desigualdades sociais e econômicas entre os diferentes grupos étnico-raciais, incluindo aquelas que se manifestam no domínio da saúde. Este estudo buscou avaliar se as posturas de estudantes de Odontologia, frente à discordância do paciente e a responsabilização pelo insucesso de um tratamento clínico hipotético, revelam elementos de discriminação em relação à cor/raça. Os dados foram coletados através de um questionário eletrônico autopreenchível, respondido por 166 estudantes matriculados regularmente entre o quinto e o décimo semestre do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Apresentou-se um caso clínico hipotético aos estudantes em dois momentos distintos; no primeiro, o paciente foi caracterizado com a cor de pele negra e, no segundo, branca. Em ambas as situações, o caso demandava tratamento de um elemento dental idêntico, após o qual foram aplicadas perguntas abertas, cujas respostas são analisadas neste trabalho, por meio da Análise de Conteúdo Temática e de estatística descritiva. Os resultados obtidos sugerem a existência de algum grau de racismo entre os estudantes, uma vez que se evidenciou uma postura de menor respeito à autonomia e diálogo quando o caso se referia a um paciente negro, e uma maior culpabilização do paciente pelo insucesso do tratamento quando negro. Sugerem-se novos estudos com diferentes metodologias para melhor analisar o comportamento discriminatório, além de medidas que fortaleçam a discussão, o conhecimento a respeito dos temas e as mudanças na sociedade e universidade, como o fortalecimento e estímulo de políticas públicas que reduzam desigualdades raciais.

Palavras-chave: Racismo; Discriminação Social; Serviços de Saúde; Educação Profissional; Saúde Bucal.



## ABSTRACT

The historical process with Brazil passed through impacted deeply on the way that the social relations happen in the actual society. A history of slavery and colonialism resulted in social and economical inequalities between different ethnic-racial groups, including manifestations on the healthy field. This study intended to value if the attitude of dentistry students when a hypothetical patient disagree with the treatment proposed and if when the treatment chosen is unsuccessful reveal any discrimination elements related to the color\race of the patient. The data had been collected with a self-fillable electronic questionnaire, and it had been answered by 166 students regularly enrolled between the fifth and the tenth period of the Dentistry faculty of the Federal University of Santa Catarina. The questionnaire was presented with a hypothetical clinic case in two different moments, on the first the patient was black and the second white. In both situations, the case asked about the treatment decisions in a identical dental element, after that the student had to answer some opened questions witch the answers are the ones we analyzed on this paper by a Thematic Tenor Analysis and descriptive statistics. The results suggest some racist level on the decisions taken by the students, once that showed a less respectful behavior with the autonomy of the black patient and more responsibility given to the black patient for the unsuccessful treatment. We suggest new studies with different methodologies to better analyze the discriminatory behavior, besides actions that empower the discussion, the knowledge about the subject and the social chances, such as the public politics.

Keywords: Social Discrimination; Health Services; Education; Professional; Oral Health.





## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Exemplos de respostas acerca de como os participantes procederiam, de acordo com a classificação adotada.....39
- Quadro 2 – Exemplos de justificativas relacionadas à atribuição de responsabilidade pelo insucesso do tratamento ao paciente negro por categorias temáticas, em ordem decrescente de frequência.....42
- Quadro 3 - Exemplos de justificativas relacionadas à atribuição de responsabilidade pelo insucesso do tratamento ao paciente branco por categorias temáticas, em ordem decrescente de frequência.....43
- Quadro 4 – Exemplos de respostas relacionadas à atribuição de responsabilidade pelo insucesso do tratamento ao profissional em relação às justificativas apontadas.....44



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Classificação das respostas sobre como os estudantes procederiam em caso de discordância com o tratamento proposto, por cor/raça do paciente hipotético em Florianópolis.....40

Tabela 2- Atribuição da responsabilidade pelo insucesso do tratamento por cor/raça do paciente.....41



## LISTA DE SIGLAS

SAAD – Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidades

SEPPIR – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	25
2 ARTIGO .....	33
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO .....	59
ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DO CEPESH-UFSC.....	67





## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Partindo do princípio de que temas relacionados ao comportamento humano envolvem tanta subjetividade quanto o próprio comportamento (FIGUEIREDO; SANTI, 2015), é importante que iniciemos este trabalho com breves esclarecimentos acerca dos conceitos que serão aqui abordados.

De maneira sintética, argumenta-se (SANTOS, 2016) que racismo, preconceito e discriminação não devem ser tratados de modo intercambiável na literatura. O racismo associa-se ao etnocentrismo – mas não somente a ele, também às estruturas sociais que o acompanham, como veremos posteriormente –, na medida em que se atribui opiniões negativas a um grupo étnico ou racial devido a suas características físicas ou culturais, tendo como ponto de referência outro grupo étnico ou racial. O preconceito corresponderia às atitudes e o modo de ver as pessoas e as situações, enquanto a discriminação expressaria a manifestação de ambos, ou seja, a externalização dessa forma de ver o mundo em ações que prejudiquem o outro, direta ou indiretamente, produzindo desvantagens relativas e socialmente injustas. Mas, por que este fenômeno de atribuições negativas a certos grupos étnicos ou raciais se manifesta em meio à sociedade?

Quando se busca entender a discriminação racial e suas causas, especialmente no Brasil, deve-se destacar a forma como o Estado brasileiro e suas estruturas sociais foram concebidos. O desenvolvimento da sociedade brasileira foi baseado em uma estrutura colonial e escravocrata, que provocou um processo de objetificação de milhões de pessoas negras, marcando um longo período de condições subumanas de vida e trabalho dessa população (BRASIL, 2007).

Ergueram-se os canaviais no litoral úmido e quente do Nordeste do Brasil [...]. Imensas legiões de escravos vieram da África para proporcionar, ao rei do açúcar, a força de trabalho numerosa e gratuita que exigia: combustível humano para queimar (GALEANO, 1979, P. 71).

A abolição da escravatura, em 1888, não foi suficiente para que os negros se restabelessem e tivessem oportunidades equivalentes aos demais. Nesse período de pós-escravidão, o racismo e a discriminação foram, inclusive, ferramentas das elites intelectuais do Nordeste do País para justificar a crescente desigualdade da região em relação ao Sul e

Sudeste, na medida em que consideravam certos grupos étnicos ou raciais inferiores e incapazes. Essa desigualdade se dava, com efeito, em razão da decadência do açúcar num local e prosperidade do café noutros, respectivamente (GUIMARÃES, 2004). O trabalho escravo foi, então, sendo substituído pelo trabalho livre, mas de forma excludente. A Lei da Abolição da Escravatura veio desacompanhada de medidas de inclusão da população ex-escrava, tanto do ponto de vista político, quanto econômico e social. Por outro lado, em período subsequente, imigrantes europeus receberam diferentes tipos de aportes financeiros e sociais por parte do governo da época para residir no Brasil (LÓPEZ, 2012 apud ANJOS et al., 2004).

Além de fruto da história do País, observa-se que as desigualdades presentes até hoje também são reflexo de oportunidades desiguais dadas pelo Estado aos diferentes grupos étnicos ou raciais ao longo dos anos (SILVERIO, 2005). Além disso, o racismo contra alguns segmentos da população justificou abusos e apaziguou consciências em uma sociedade desenvolvida com base no modo de produção capitalista (SILVIA; BERTOLDO, 2010), em que a utilização de mão-de-obra barata por meio da exploração de povos colonizados objetivava maior produção e lucro possível, negligenciando as condições às quais os trabalhadores são submetidos, com o pretexto de que seriam seres inferiores (CALLINICOS, 1993). Percebe-se então, que o racismo não decorre propriamente do histórico de escravidão, mas da perpetuação de práticas racistas cotidianas.

Dentre tantas análises da população brasileira, o censo demográfico de 2000 nos mostra as consequências das disparidades na qualidade de vida e nas oportunidades obtidas pela população 54% negra que reside no Brasil. Revelando que a proporção entre pessoas negras analfabetas (18,2%) é mais do que duas vezes maior do que a de pessoas brancas analfabetas (7,7%), e que os negros permanecem na escola, em média, 2,2 anos a menos do que os brancos. Os dados tornam-se ainda mais reveladores, quando tratamos da dimensão *pobreza*: negros correspondem a 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre, mesmo sendo os brancos 54% da população total do país (BRASIL, 2007). Além disso, negros ainda ganham menos que brancos em todas as regiões do país, independentemente das condições específicas do mercado de trabalho e do desenvolvimento de cada região, ainda que considerando o mesmo nível de escolaridade entre os dois grupos (MARTINS, 2007). Embora o crescimento da renda familiar devido ao aumento do nível escolar ao longo das gerações favoreça a possibilidade de ascensão social, esse potencial é reduzido para os negros

já que as novas gerações, mesmo as mais escolarizadas, ainda não conseguem estabelecer renda suficiente (LOPES, 2005).

No âmbito da saúde, também se observam desigualdades. Numa perspectiva do nascimento até a morte, a proporção de mães adolescentes de 15 a 19 anos é quase duas vezes maior em mulheres negras, quando comparadas às brancas. Ademais, enquanto 62% das mães brancas teriam passado por sete ou mais consultas pré-natais, este número cai para menos de 30% quando se trata de mães negras. Referindo-se à fase infanto-juvenil, crianças negras de até cinco anos possuem 60% a mais de chance de morrer por alguma doença infecciosa do que crianças brancas, considerando a mesma faixa etária; quando se trata de desnutrição, crianças negras possuem 90% a mais de chance de morrer desta causa do que crianças brancas (BRASIL, 2005).

Na vida adulta, o risco de um homem negro morrer por causas externas é 70% maior do que um homem branco; e quando a causa da morte é especificamente agressão, essa chance é duas vezes maior para os negros, sendo que a diferença de mortes por homicídios entre negros e brancos aumenta ainda mais nas faixas de maior escolaridade. Entre 40 e 69 anos, a principal causa de morte de homens negros são doenças cerebrovasculares, “que estão associadas à pobreza em períodos precoces da vida”, diferentemente de causas cardioisquêmicas, que são a principal causa da mortalidade de brancos na mesma faixa etária. No caso das mulheres, as negras estão duas vezes mais propensas à morte causada por doenças cerebrovasculares do que as brancas. Mulheres negras entre 15 e 29 anos também possuem uma taxa de mortalidade por vírus HIV duas vezes maior do que mulheres brancas (CHOR; LIMA, 2005).

De 1998 a 2000, metade das mortes de negros por causas externas foi oriunda de homicídios, e para brancos este número foi de 34,4% (LOPES, 2005). Outros dados mostram, ainda, que mulheres negras grávidas (BRASIL, 2005) e jovens negros também morrem mais do que brancos, independente da condição socioeconômica (CHOR; LIMA, 2005).

Entre as hipóteses explicativas para essas desigualdades em saúde estão a falta de acesso e o serviço de saúde de pior qualidade prestado aos pacientes negros, quando comparados com os brancos. Nesse sentido, evidenciou-se que estudantes de medicina de universidades do nordeste dos Estados Unidos, ao lerem sobre casos envolvendo pacientes negros e brancos com risco de exposição ao HIV, acreditam que pacientes negros têm maior probabilidade de se envolver em relações sexuais de risco, caso fosse fornecido a eles coquetel profilático antirretroviral. Esta crença acaba levando estes estudantes a fornecerem menos desse tipo de

medicação a essa parcela da população, para não aumentar o risco de exposição (CALABRESE et al., 2014) (PENNER et al., 2014). Constatou-se, ainda, que em consultas com pacientes negros nos Estados Unidos, médicos falam mais rápido, por menor período de tempo (consultas menores) e tendem a ser menos tranquilos, resultando em menores níveis de confiança por parte dos pacientes (COOPER et al., 2012).

As desigualdades no serviço em saúde que afetam os negros têm origem em práticas institucionais e, por essa perspectiva, dizemos que quando o Estado deixa de oferecer um serviço de qualidade a alguém em função da sua etnia, raça, cor ou cultura, esse serviço comete o que chamamos de *racismo institucional*, reproduzindo sistematicamente a segregação étnico-racial e o distanciamento da igualdade social e política (BRASIL, 2005). O racismo institucional ultrapassa o nível das relações interpessoais, provocando diferenças nas oportunidades, benefícios e serviços prestados do ponto de vista racial, por instituições e organizações a diferentes segmentos da população (LÓPEZ, 2012).

Para eliminar ou reduzir a desigualdade racial, políticas públicas mais inclusivas e voltadas para as populações discriminadas são fundamentais (BRASIL, 2016), além de leis efetivas voltadas a punir quaisquer manifestações que perpetuem padrões discriminatórios e de segregação. Neste sentido, a Constituição Brasileira, por meio da luta da militância negra, efetivou-se como uma poderosa aliada no combate à discriminação e tentativa de superação das desigualdades sociais (LÓPEZ, 2012). Em 5 de janeiro de 1989, entrou em vigor a Lei nº 7.716, que passou a considerar crime ações discriminatórias em todos os âmbitos e qualquer circunstância social. Mais recentemente, a Lei nº 12.711 de 29 de agosto de 2012, institui as cotas no ensino superior para candidatos de baixa renda, advindos do ensino público e autodeclarados negros ou indígenas. Ainda em relação às políticas públicas, em 2006 foi criada também a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra para combater desigualdades étnico-raciais, racismo e discriminação no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007). Embora muitos avanços tenham sido conquistados, a criação de todas essas ações não significa que o preconceito e a discriminação tenham acabado, mas sim tomado novas formas dentro da sociedade atual (CAMINHO et al., 2010). Como relatado, são diversos os estudos a respeito das desigualdades raciais e da discriminação em saúde que, na sua maioria, confirmam os padrões desfavoráveis aos quais os negros estão submetidos. Nestes estudos, observa-se que, os espaços de produção do conhecimento baseiam-se mais em referenciais teóricos que em experiências práticas, levando a uma

dificuldade de aplicação dos conhecimentos (COTTA et al., 2007) e desconstrução de estruturas preconceituosas por parte dos profissionais. Além disso, reflete-se sobre o quanto enfatizar erroneamente um caráter inconsciente do racismo no comportamento dos profissionais reduz o sentimento de responsabilidade dos mesmos. Esses trabalhos que ressaltam as desigualdades podem ainda acabar perpetuando culpabilização das vítimas de discriminação, por exemplo, em considerações que analisam “o impacto da raça do paciente nos atendimentos” e não “o impacto do racismo dos profissionais nos atendimentos” (VAN RYN et al., 2011).

Porém, definir, analisar e até mesmo julgar situações de discriminação são tarefas especialmente complexas, na medida em que a sociedade e as instituições que dela fazem parte não problematizam suficientemente o assunto. Sendo as instituições reflexos daqueles que dela fazem parte, o comportamento dos indivíduos e, novamente, a expressão da sua forma de ver o mundo, torna-se de extrema importância. Neste sentido, é fundamental refletir, também, sobre o racismo no âmbito acadêmico, local de formação dos futuros profissionais.

A educação ocupa posição de destaque nos processos de desenvolvimento e construção da sociedade – e é fundamental para – (1) instruir profissionais, tornando-os qualificados e capazes de atender às demandas e às necessidades da sociedade, e, principalmente, (2) formar cidadãos comprometidos com a relevância, a efetividade, e a qualidade do seu trabalho e capazes de refletir sobre sua própria inscrição no mundo” (COTTA et al., 2007, p. 279).

Atender a esses princípios com efetividade a partir de uma metodologia de ensino baseada no cientificismo e na concepção flexneriana da formação em saúde hegemônica – ou, pelo menos, pautada na interpretação que foi dada ao relatório de Flexner –, é um tanto paradoxal. Entende-se por cientificismo, basicamente, pensar em “todas as esferas da realidade” – da vida biológica à social – por meio de categorizações lógicas e sistemáticas, “reduzindo conflitos individuais [...] a imperfeições lógicas do sistema” (CROCHÍC et al., 2015, p.1). O saber científico é imprescindível para o desenvolvimento do conhecimento, porém, sua suposta neutralidade e desconsideração pelas subjetividades implicadas no comportamento social acabam por servir aos interesses sociais mais fortes (CROCHÍC, 2015).

O relatório de Flexner foi elaborado em 1908, a partir da avaliação de 155 escolas médicas norte-americanas e canadenses, e continha recomendações para a reformulação do ensino médico. As interpretações dadas a esse relatório impactaram mundialmente o ensino de saúde, contribuindo na visão de doença como um processo natural e biológico, sendo o social, o coletivo, o público e a comunidade, fatores dispensáveis para o ensino médico e para o entendimento do processo saúde-doença. É importante considerar também que, embora Flexner fosse contra a comercialização ou o lucro de instituições de ensino, defendendo o ensino público, e que naquele momento histórico o ensino médico norte-americano precisasse passar por reformulações, ele mesmo via a educação médica como um meio que devia ser ocupado por pessoas da elite, aqueles que seriam os mais capazes, inteligentes, aplicados e dignos. Assim, excluíam-se aqueles que, na sociedade da época, eram sinônimos opostos a isso, as pessoas pobres, negras e mulheres (PAGLIOSA; ROS, 2008).

A discussão torna-se ainda mais delicada quando pensamos que, para a formação profissional em saúde, é fundamental haver o contato com os indivíduos e o respeito à subjetividade e autonomia das pessoas (FINKLER, 2012; UGARTE, 2014). A partir disso, consideram-se necessárias – e até já estão ocorrendo, lentamente – reformulações no processo de formação em saúde (COTTA et al., 2007), fomentando o desenvolvimento de profissionais capazes de dialogar com a sociedade, e de discutir e repensar práticas humanizadas e humanizadoras para que, enquanto estudantes, consigam conciliar o interesse acadêmico com a necessidade do paciente – sem priorizar um em detrimento do outro – e, como profissionais, consigam buscar os princípios norteadores do SUS (principalmente a equidade e a universalidade). Trata-se, portanto, de reconduzir a formação para o desenvolvimento de profissionais atentos para a realidade da sociedade, que buscam perceber e modificar as carências da população que está “sob seu cuidado”, almejando uma verdadeira transformação social.

Isto implica mudanças nas perspectivas do corpo docente em relação às necessidades dos saberes dentro da universidade. É fundamental que aqueles que ensinam, reflitam e desenvolvam competência crítica capaz de discutir sobre problemas e dificuldades sociais – incluindo as particularidades que o próprio ensino em saúde possui – resgatando a importância de lições que vão além de conhecimentos teóricos e práticos, mas que abrangem todas as relações sociais que se desenvolvem no processo de ensino e aprendizagem (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011; 2012). Assuntos (bio)éticos e relativos à humanização devem ser abordados de modo transversal na

formação do profissional em saúde, entendendo que é tarefa de todos os professores instigar nos alunos a reflexão sobre tais temas, abordando-os ao longo da aprendizagem teórico-prática. Assim, eles não seriam elementos extrínsecos à vivência do profissional, mas parte fundamental da reflexão de toda e qualquer situação pela qual este mesmo profissional irá passar (REGO; GOMES; BATISTA, 2008).

Nesse contexto e partindo desses pressupostos, uma pesquisa junto a estudantes de graduação em Odontologia foi realizada, buscando verificar se a cor/raça de um paciente hipotético influencia na tomada de decisão clínica. O resultado, obtido por meio de dados quantitativos, demonstrou não haver diferenças estatisticamente significativas na tomada de decisão clínica (SCHROEDER et al., 2017). Neste trabalho, os dados qualitativos coletados na mesma pesquisa são analisados, a fim de aprofundar a iniciativa prévia de avaliar a existência de racismo na formação em Odontologia. Este estudo buscou, então, avaliar se a postura do estudante frente à discordância do paciente e a responsabilização pelo insucesso do tratamento clínico revelam elementos de discriminação em relação à cor/raça, por parte dos estudantes.





## 2 ARTIGO

### Introdução

A sociedade brasileira tem sido marcada pela discriminação sistemática de segmentos específicos da população, em especial dos povos indígenas e dos indivíduos identificados como negros (BRASIL, 2007). Os efeitos dessa discriminação atingem múltiplas dimensões e domínios da vida, principalmente a saúde, a qual é “produzida socialmente” (COTTA et al., 2007) e, portanto, influenciada pelo contexto político, socioeconômico, cultural e ambiental (LOPES, 2005). Academia, governo e sociedade civil reconhecem que grupos sociais historicamente perseguidos ou excluídos possuem desvantagens inquestionáveis quanto ao acesso à saúde (MAIO; MONTEIRO, 2005; FREITAS et al., 2011). Em relação à população negra<sup>1</sup>, especificamente, a literatura confirma essa afirmação.

Quando avaliadas as iniquidades no cuidado pré-natal e parto de acordo com a raça no período de 2011 a 2012, observou-se que pretas (o estudo diferenciou pretas de pardas, conforme as categorias censitárias) em relação às brancas: (1) tinham maior risco de terem pré-natais inadequados; (2) buscar atendimento para o parto em mais de um hospital; (3) receberem menos anestesia em episiotomias (incisão realizada na região do períneo para ampliar o canal do parto) e; (4) não terem acompanhantes. Além disso, mães pardas também tinham maior risco do que brancas de terem um pré-natal inadequado e não possuírem acompanhantes (LEAL et al., 2017).

Em 2013, outro estudo foi publicado constatando que as condições desiguais citadas anteriormente continuam a atingir a maternidade de mulheres negras no país, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste (DOMINGUES et al., 2013). Esses dados complementam outros a respeito da expectativa de vida da população negra no Brasil que, em 2000, era de 6,35 anos menor em pretos, e de 5,96 anos menor em pardos do que a expectativa de vida dos brancos (LOPES, 2005).

Tratando-se da saúde bucal, Cabral, Caldas Jr. e Cabral (2004) observaram que a decisão entre extrair ou restaurar um dente variava de acordo com a cor do paciente hipotético, sendo a extração dentária mais frequentemente indicada aos pacientes negros.

---

<sup>1</sup> O termo “negra(o)” é aqui adotado como agregação das categorias censitárias “pretos” e “pardos”.

Para combater essas discriminações étnico-raciais<sup>2</sup> e buscar equidade nos serviços de saúde, diversas políticas de saúde foram elaboradas ao longo das últimas décadas. Essas políticas tiveram como plano de fundo as históricas lutas pela democratização da saúde, da qual a 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, merece destaque por sua influência na Constituição Brasileira de 1988, que considerou a saúde como um direito universal. Sendo assim, independente de cor, raça, religião, orientação sexual e local de moradia, a saúde deve ser provida para todos os cidadãos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007).

Já na década de 1990, mais precisamente na era Fernando Henrique Cardoso, o governo federal passou a atentar ainda mais para o tema da saúde da população negra, atendendo a reivindicações da marcha Zumbi dos Palmares, em 1995. Um dos resultados dessa manifestação foi a criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra e do Subgrupo de Saúde. A partir dos anos 2000, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, as discussões governamentais a respeito do tema se intensificaram, permitindo outras conquistas (MAIO; MONTEIRO, 2005). Em 23 de março de 2003, por exemplo, foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei nº 10.678, com *status* de ministério. Em 2004, ocorreu o 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra, no qual foi assinado um Termo de Compromisso entre a SEPPIR e o Ministério da Saúde, referenciado nas formulações advindas de ativistas e pesquisadores negros, contidas no documento “Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade” (BRASIL, 2007).

Durante 2005 e 2006, foram promovidos diversos encontros, seminários e reuniões entre movimentos sociais e instituições governamentais que resultaram na aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, de um novo instrumento de combate à discriminação étnico-racial: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006), que define princípios, diretrizes, estratégias e responsabilidades direcionadas à melhoria na qualidade do serviço de saúde prestado, tendo como potencial consequência o aumento na qualidade de vida dessa parcela populacional (BRASIL, 2007).

Apesar dos avanços mencionados, entende-se que a discriminação, uma das barreiras de acesso aos serviços de saúde, ainda precisa ser combatida em todos os setores da sociedade e, principalmente, no âmbito

---

<sup>2</sup> Ao referirmo-nos às raças e etnias, entendemos que esses termos representam construtos sociais e não categorias de análise fundadas em qualquer concepção biológica.

da formação dos profissionais de saúde. O modelo de formação não deve enfatizar somente conhecimentos técnicos vinculados à lógica produtivista do trabalho, mas também princípios de humanização, valores morais e questões éticas, as quais devem ser amplamente discutidas (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2009). Tais questões têm importância ainda maior na área da saúde, em que o contato com o outro é próximo, devendo a proteção à saúde e à vida do indivíduo ser tomada como princípio norteador (REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2008).

A dimensão ética da formação profissional se processa por meio do desenvolvimento moral dos estudantes. Isso implica o desenvolvimento de uma capacidade de raciocínio autônomo para atuar, não apenas profissionalmente, mas também como cidadão, com responsabilidade e prudência em uma sociedade iníqua e moralmente plural, contribuindo para relações sociais mais solidárias e justas, a partir do reconhecimento da dignidade da vida humana. Esse desenvolvimento moral depende da presença da ética de forma transversal nos cursos de graduação, o que, por sua vez, depende que o corpo docente como um todo assuma sua tarefa ético-pedagógica profissional (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2012), voltando suas ações para a educação integral da pessoa, tornando-o pensador livre, independente, responsável e crítico e cultivando um vínculo de valorização entre ambos (FINKLER, 2016).

Quando refletimos sobre a saúde de um grupo étnico-racial, especificamente um que historicamente sofre com a discriminação, é importante manter um olhar mais sensível para as situações de vulnerabilidade a que o mesmo está submetido. Para desconstruir modelos de formação e trabalho tecnicistas e desumanizados que perpetuam desigualdades, há que se debater o racismo, entendido como o conjunto de processos psicossociais que promovem a desigualdade entre diferentes grupos étnicos, embasando-se nas diferenças biológicas entre os seres humanos (GUIMARÃES, 2004; LÓPEZ, 2012), utilizado para justificar estruturas sociais de dominações necessárias para a perpetuação de um sistema de produção desigual (FOUCAUT, 1996); (SILVA; BERTOLDO, 2010).

O presente trabalho faz parte de uma pesquisa junto a estudantes de graduação em Odontologia, cujos dados quantitativos foram anteriormente publicados, constatando não haver diferenças estatisticamente significativas na tomada de decisão clínica em função da cor/raça de um paciente hipotético (SCHROEDER et al., 2017). Na continuidade desta pesquisa, este trabalho objetiva aprofundar a análise dos dados obtidos a partir das perguntas abertas que constavam no

questionário aplicado, complementando a avaliação da existência de racismo na formação em Odontologia. Este estudo buscou, então, avaliar se a postura do estudante frente à discordância do paciente e a responsabilização pelo insucesso do tratamento clínico revelam elementos de discriminação em relação à cor/raça por parte dos estudantes.

## Método

O presente estudo analisa dados qualitativos coletados em uma pesquisa de abordagem quantitativa desenvolvida entre 2014 e 2015, com estudantes a partir do quarto semestre de graduação em Odontologia, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (SCHROEDER et al., 2017).

Tais estudantes haviam sido aprovados ou estavam cursando as disciplinas de Dentística Pré-clínica e Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial I, tendo em vista que as referidas disciplinas introduzem conteúdos relacionados ao tratamento de elementos dentais acometidos por cárie. Estudantes que possuíam qualquer conhecimento prévio do projeto que originou a pesquisa, que estavam em atividades de intercâmbio fora do País, que haviam solicitado transferência para outras instituições ou trancado matrícula no período de coleta dos dados e que haviam participado do estudo-piloto não foram incluídos. Com isso, os 262 estudantes que preenchiam os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa.

O questionário aplicado foi eletrônico e autopreenchível (Anexo 1). Abordou-se inicialmente aspectos relativos à posição socioeconômica dos participantes e, na seção seguinte, apresentava um caso clínico hipotético, incluindo informações de anamnese e cinco fotografias de um elemento dental anterior extensamente acometido por cárie, cujo tratamento clínico poderia ser a (1) manutenção em boca, através de procedimentos restauradores (confecção de núcleo e coroa protética, por exemplo), ou (2) extração, com posterior indicação para implante e/ou procedimentos protéticos variados. A vinheta descreveu um paciente com 31 anos de idade, com profissão de vendedor, solteiro, com renda familiar média de R\$1.540,00, não fumante, não etilista, com alta atividade de cárie, em bom estado de saúde geral e tendo como queixa principal a dor no elemento dental em questão. As fotografias referiram-se ao terço inferior da face do paciente, às arcadas dentárias superior e inferior (omitindo-se os lábios) e pele, ao elemento dental anterior extensamente

acometido por cárie e à radiografia periapical do mesmo – recurso diagnóstico auxiliar na seleção do tratamento a ser recomendado.

Após a apresentação do caso clínico hipotético, foram aplicados outros dois blocos de questões referentes à decisão clínica: o primeiro dirigiu-se aos estudantes que optaram pela extração do elemento dental, e o segundo, aos que decidiram pela manutenção do dente em boca, ambos com perguntas referentes às técnicas utilizadas. Os estudantes foram, então, solicitados a responder, discursivamente, sobre o tempo necessário durante a primeira consulta do paciente para obter os dados de anamnese e exame clínico, além de outras duas perguntas que são os objetos de análise do presente trabalho. São elas:

- “Considerando que o paciente não concordou com a opção de tratamento que você escolheu para o elemento dental 11, como você procederia? Escreva uma justificativa breve e clara sobre a sua resposta”.

- “Finalizado o tratamento do elemento dental 11 (exodontia ou restauração), considere que o paciente volte para uma consulta de acompanhamento após alguns meses. Nesta consulta, observa-se fracasso no tratamento. Na sua opinião, quem é o principal responsável pelo insucesso do tratamento? Escreva uma justificativa breve e clara sobre a sua resposta”.

Todos os participantes elegíveis para o estudo foram pessoalmente contatados e informados de que a proposta da pesquisa era investigar fatores associados à tomada de decisões clínicas, evitando-se mencionar que a cor/raça consistia em um dos aspectos cuja relação com a decisão clínica seria testada. Cabe ressaltar que o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer de número 711.450. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram orientados quanto ao preenchimento eletrônico do questionário no laboratório de informática do Centro de Ciências da Saúde da UFSC.

Após um período mínimo de dois meses, os participantes foram contatados novamente para a apresentação de caso clínico semelhante em todos os aspectos, exceto por sua caracterização de cor/raça. O paciente hipotético, cuja cor/caça foi compatível com a da categoria “preta” na primeira ocasião do trabalho de campo, foi substituído por outro de cor/raça “branca” na segunda etapa. As imagens bucais apresentadas

foram manipuladas digitalmente para criar diferenças sem relevância clínica entre os casos.

Analisaram-se as respostas de ambas as perguntas, extraindo seus núcleos de sentido principais, ou seja, palavras ou expressões representativas do conteúdo central, transformando-os em códigos. Estes, por sua vez, foram agrupados e reagrupados em categorias em função de suas temáticas, conforme preconiza a técnica de Análise de Conteúdo Temática (MINAYO, 2014). Na questão acerca da conduta em caso de discordância do paciente pelo tratamento proposto, a análise dos dados evidenciou a questão da maior ou menor autonomia dos pacientes como categoria temática emergente. A fim de poder quantificar esses dados, as respostas a esta pergunta foram classificadas em uma escala de 1 a 4, onde se atribuiu “1” às que conferiram atitudes de maior respeito em relação à autonomia do paciente e à dialogicidade, e “4” às atitudes mais paternalistas. Assim, quando os alunos se posicionaram de maneira problematizadora, considerando diferentes aspectos e dando espaço de fala ao paciente, permitindo que o mesmo se expressasse ao discordar do tratamento, tais respostas foram classificadas como “1”. Já as respostas que desconsideraram qualquer opção além da proposta foram classificadas como “4”.

Quando se perguntou sobre a responsabilização pelo insucesso do tratamento clínico, as categorias emergentes referiam-se a quem ou a quais fatores os participantes atribuíam o insucesso do tratamento. Tais dados também foram quantificados e analisados por meio de estatística descritiva. Houve casos de participantes que, em ambas as perguntas, não responderam ou não souberam responder. Tendo em vista que o questionário eletrônico impunha a necessidade de escrever algo para avançar para as questões seguintes, alguns digitaram apenas letras aleatórias ou responderam “não sei”. Nestes casos, os respondentes foram agrupados em uma categoria à parte.

## Resultados

Dos 262 estudantes que poderiam ser incluídos na amostra, 166 participaram da pesquisa nos dois momentos de coleta de dados e responderam ao questionário adequadamente. A amostra continha 72,7% participantes do sexo feminino e 27,3% masculino, incluídos nos grupos de 20 à 23 anos e 24 à 33 de maneira semelhante (53,9% 46,1%, respectivamente). A maioria dos estudantes enquadrava-se entre as categorias econômicas B1 à E, 89,6% se auto-declararam brancos e a respeito da formação escolar, quase metade dos estudantes concluíram o

ensino fundamental em escola pública (48,1%), e 66,1% concluíram o ensino médio em colégios particulares. Quase um terço dos entrevistados (25,7%) entrou na universidade por meio de políticas de ações afirmativas e 40,4% já participaram de atividades extracurriculares universitárias (SCHOROEDER, 2017).

No Quadro 1, apresentam-se exemplos de respostas acerca de como os participantes procederiam em caso de discordância com relação ao tratamento indicado, de acordo com a classificação adotada. Por sua vez, na Tabela 1, observam-se as frequências absolutas e relativas obtidas a partir desta questão e sua categorização.

**Quadro 1 – Exemplos de respostas acerca de como os participantes procederiam, Em caso de discordância do tratamento proposto, de acordo com a classificação adotada. Florianópolis, 2017.**

<b>Classificação</b>	<b>Exemplos de respostas</b>
1. Maior autonomia e diálogo – respostas que manifestavam alguma intenção em saber as razões pela recusa ao tratamento indicado.	“Procuraria esclarecer a conduta clínica escolhida, explanando os benefícios do tratamento de forma que o paciente se sinta confortável em aceitá-lo. Além de ouvir a opinião e/ou sugestão dele em relação a esse tratamento ou algum outro de sua preferência”.
2. Justificativas que consideravam outras possibilidades de tratamento, mas não refletiam sobre as razões da recusa.	“Apresentaria outras alternativas disponíveis”.
3. Respostas que reafirmavam o tratamento indicado, mas ponderavam outras possibilidades.	“Tentaria convencer o paciente que aquele seria o melhor tratamento a ser oferecido. Caso ele não aceite, iria pensar em outra opção”.
4. Maior paternalismo – justificativas que reafirmavam o tratamento indicado, excluindo qualquer alternativa.	“Não há outra atitude que possa ser tomada”

**Tabela 1 – Classificação das respostas sobre como os estudantes procederiam em caso de discordância com o tratamento proposto, por cor/raça do paciente hipotético. Florianópolis, 2017.**



<b>Cor\raça</b>	<b>Paciente negro</b>	<b>Paciente branco</b>
<b>Classificação</b>		
<b>1 (Maior autonomia e diálogo)</b>	15 (9,03%)	26 (15,66%)
<b>2 (Justificativas que consideravam outras possibilidades de tratamento)</b>	73 (43,97%)	76 (45,78%)
<b>3 (Respostas que reafirmavam o tratamento indicado)</b>	39 (23,50%)	27 (16,26%)
<b>4 (Maior paternalismo)</b>	39 (23,50%)	32 (19,28%)
<b>Não soube responder</b>	00	05 (03,01%)
<b>Total</b>	166 (100%)	166 (100%)

Analisando a Tabela 1, nota-se que, embora o percentual de respostas classificadas como 2 seja muito semelhante tanto para os pacientes negros quanto para os brancos, a diferença entre quantidade de respostas na categoria 1 chama mais a atenção, sendo 6,63% maior para o paciente branco. Já quando tratamos de respostas mais paternalistas, tanto a categoria 3 quanto a 4 tiveram maior número de respostas para o paciente negro, sendo essa diferença de 7,24% e 4,22% respectivamente.

Na Tabela 2, apresentam-se os percentuais obtidos para cada uma das categorias que emergiram na análise da questão que buscava avaliar a atribuição da responsabilidade em caso de insucesso do tratamento. Aqui, as diferenças percentuais entre a maioria das categorias foi pequena, sendo a que mais se destacou pela diferença entre paciente branco e negro foi a de atribuição de responsabilidade ao paciente, com o paciente negro 9,04% mais responsabilizado. A atribuição de responsabilidade tanto ao paciente quanto ao profissional foi maior no caso do paciente branco, o que parece referendar o resultado anterior.

**Tabela 2 – Atribuição da responsabilidade pelo insucesso do tratamento por cor\raça do paciente. Florianópolis, 2017.**

<b>Atribuição de Responsabilidade</b>	<b>Cor\ raça</b>	<b>Paciente negro</b>	<b>Paciente branco</b>
<b>Paciente e profissional</b>		69 (41,57%)	77 (46,38%)
<b>Paciente</b>		42 (25,30%)	27 (16,26%)
<b>Profissional</b>		37 (22,29%)	41 (24,70%)
<b>Não atribuiu responsabilidade</b>		04 (2,41%)	02 (1,20%)
<b>Não especificou ou responsabilizou outros fatores</b>		12 (7,22%)	17 (10,24%)
<b>Não soube responder</b>		02 (1,20%)	02 (1,20%)
<b>Total</b>		166 (100%)	166 (100%)

Nas respostas que se referiam ao paciente negro como responsável pelo insucesso do tratamento, destacaram-se justificativas de negligência do mesmo perante as orientações e recomendações profissionais. Nesse mesmo sentido, algumas respostas também citaram como explicação a não cooperação do paciente, que sutilmente se diferenciou da negligência por ser compreendida de forma mais abrangente e menos taxativa de certa irresponsabilidade do sujeito (paciente). Em menor número do que as justificativas de negligência e não cooperação, os participantes responderam somente de quem era a responsabilidade, mas sem esclarecer a razão. Com uma frequência bem reduzida, se comparada às respostas anteriores, outra justificativa apontada foi associada à falta de higiene do paciente.

Houve, ainda, aqueles respondentes que associaram a responsabilidade do paciente explicitamente à falta de cuidado do mesmo, demarcando alguma diferença das justificativas fundamentadas na negligência ou na falta de cooperação<sup>3</sup>. Alguns exemplos das justificativas aportadas de acordo com as categorias temáticas em relação ao paciente negro podem ser observados no Quadro 2.

<sup>3</sup> O termo “falta de cuidado” pode, ou não, se referir à ação e à falta de ação intencional do paciente perante a responsabilidade, enquanto “negligência” refere-se claramente a uma escolha do paciente em desobedecer ou não cumprir recomendações e ordens.

**Quadro 2 – Exemplos de justificativas relacionadas à atribuição de responsabilidade pelo insucesso do tratamento ao paciente negro por categorias temáticas, em ordem decrescente de frequência. Florianópolis, 2017.**

Justificativas	Exemplos de respostas
Negligência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Paciente, pelo fato de negligenciar certas informações fornecidas por mim”.</li> <li>• “O paciente, pois após ter concordado com a conduta de tratamento, ele não seguiu as recomendações pós-operatórias”.</li> </ul>
Não cooperação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Para que o tratamento ocorra, é necessária a cooperação do paciente”.</li> </ul>
Sem justificativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Se as orientações foram devidamente passadas, a culpa é do paciente”.</li> </ul>
Falta de higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Se tudo correu bem no tratamento, o culpado é o paciente por falta de higiene. Pois, um bom tratamento não depende apenas do profissional, mas também dos cuidados pós-operatórios do paciente”.</li> <li>• “Paciente, higiene oral péssima!”.</li> </ul>
Falta de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Cuidados inapropriados (paciente)”.</li> <li>• “Se o procedimento foi bem executado e o paciente não teve os devidos cuidados, ele é o responsável pelo insucesso”.</li> </ul>
Outros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Se o paciente continuar com seus hábitos, também irá fracassar”.</li> </ul>

Quando o caso clínico tratava de um paciente branco, as justificativas da responsabilidade pelo insucesso do tratamento foram mais distribuídas (Quadro 3). Embora a negligência também tenha sido a razão mais apresentada, foi logo sucedida pela falta de cuidado, que se apresentou de maneira muito mais intensa do que no caso do paciente negro. Seguindo uma ordem decrescente, teve-se a higiene do paciente e a não cooperação. Assim como no caso do paciente negro, algumas respostas indicaram que a responsabilidade seria do paciente, mas sem apresentar justificativa para isso. Ainda, um menor número de respostas

referiu-se a outras questões, como condições de saúde bucal do paciente e a hábitos deletérios.

**Quadro 3 - Exemplos de justificativas relacionadas à atribuição de responsabilidade pelo insucesso do tratamento ao paciente branco por categorias temáticas, em ordem decrescente de frequência. Florianópolis, 2017.**

Justificativas	Exemplos de respostas
Negligência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não seguiu as recomendações pós-operatórias prescritas pelo CD”</li> <li>• “O paciente também tem de seguir as orientações pós tratamento, dependendo de qual tipo de insucesso, o CD tem o respaldo legal para atribuir a responsabilidade do insucesso ao paciente”</li> </ul>
Falta de Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Falta de cuidado do paciente”</li> <li>• “No caso de exodontia, poderá acontecer inflamação dos tecidos, que está diretamente relacionado com os cuidados pós-operatórios do paciente”.</li> </ul>
Falta de Higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Se o tratamento foi acordado por ambos, o paciente assume a responsabilidade de cuidar da higiene, o que é imprescindível para garantir o sucesso do tratamento”.</li> <li>• “Avaliando as condições bucais deste paciente, eu diria que foi a falta de higiene oral. [...]”.</li> </ul>
Não cooperação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “O paciente, caso ele não seja colaborativo”.</li> </ul>
Sem justificativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “O paciente deve compreender os riscos do tratamento antes de iniciá-lo.”</li> </ul>
Outros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Estado geral da saúde bucal do paciente”.</li> </ul>

Quando as respostas dadas aos pacientes hipotéticos (tanto o paciente negro, quanto o branco) citaram o dentista (Quadro 4) como responsável pelo insucesso do tratamento, a justificativa mais frequente foi relacionada à técnica. Porém, quando o paciente hipotético era branco, a técnica foi usada de maneira muito mais recorrente como justificativa do que quando o paciente era negro.

Na sequência, apresentaram-se as justificativas que indicavam o planejamento inadequado e as recomendações inadequadas. No caso do paciente negro, o planejamento inadequado como razão para falha no sucesso do tratamento foi uma explicação mais recorrente do que falha nas recomendações de cuidados pós-tratamento passadas aos pacientes. Por sua vez, no caso do paciente branco, ambas as justificativas foram presentes de maneira semelhante.

A má conduta do profissional também foi citada, incluindo as respostas que condenaram a atuação do profissional de uma perspectiva mais ampla, não especificando em que momento do contato com o paciente essa conduta foi falha. O diagnóstico e acompanhamento inadequados foram outras duas razões pelas quais o dentista foi considerado responsável pelo insucesso do tratamento, mas destacando-se menos do que as outras razões. Respostas sem justificativas também foram recorrentes, em ambos os casos, sendo mais presentes em relação ao paciente branco.

**Quadro 4 – Exemplos de respostas relacionadas à atribuição de responsabilidade pelo insucesso do tratamento ao profissional em relação às justificativas apontadas. Florianópolis, 2017.**

Justificativas	Exemplos de respostas
Técnica	“Profissional deve ter executado algum passo do tratamento incorretamente” “Eu dentista, pois pode ter invadido o espaço biológico ou a raiz não era satisfatória para o tratamento escolhido”.
Planejamento	“O profissional por não ter escolhido a melhor opção de tratamento” “Profissional, antes de dar início a qualquer tratamento temos que adequar e mudar hábitos de higiene. Mesmo a manutenção sendo feita pelo paciente, o profissional só deve começar o tratamento restaurador e protético após a adequação”.
Recomendações	“Possivelmente faltou recomendações mais claras da parte do profissional para a manutenção do tratamento [...]” “Eu por não ter esclarecido/convencido o paciente de que ele precisa mudar seus hábitos”
Má conduta	“O profissional pode ter negligenciado alguma coisa” “O dentista que não ficou atento”.

Diagnóstico	<p>“O dentista, pois provavelmente não foram observadas e levadas em conta o real estado do paciente, isso é, sua real necessidade (tratar a causa da doença/problema)”.</p> <p>“Minha responsabilidade por não ter avaliado o paciente de forma correta e ter adequado seu tratamento ao seu estilo e dificuldades de vida”,</p>
Acompanhamento	<p>“Do profissional por deixar de acompanhar o caso com maior frequência e por deixar de relembrar informações de cuidados”.</p> <p>“Principalmente o dentista, o qual deveria manter retornos frequentes do paciente, já que este era de risco”.</p>

## Discussão

A análise das respostas quantitativas ao questionário não obteve resultados significativos na diferença da conduta clínica no caso do paciente hipotético negro ou branco (SCHROEDER et al., 2017). Todavia, considerando-se que a percepção do racismo poderia demandar uma análise mais minuciosa, capaz de apreender motivações e preconceitos nas entrelinhas das justificativas, neste estudo buscou-se analisar as respostas ao questionário em uma perspectiva mais reflexiva, não puramente quantitativa.

Em relação a como os estudantes procederiam caso o paciente não concordasse com o tratamento, mesmo com a maior quantidade de respostas classificadas como “2”, tanto no caso do paciente negro (47%), quanto no do paciente branco (35,54%), grande quantidade de respostas se enquadraram nas categorias 3 e 4 – respostas que consideravam menos a perspectiva e opinião do paciente. Para o paciente negro, esse número foi quase 10% maior do que para o paciente branco. Em outras palavras, quando analisamos o conteúdo das respostas, os alunos participantes atribuíram ao paciente negro mais respostas de cunho paternalista e se mostraram menos receptivos à sua autonomia.

Respeitar a autonomia do indivíduo implica perceber a capacidade e o direito do mesmo de autogovernar-se, buscando compreender suas razões e objetivos. Atribuir maior ou menor autonomia em função de características sociais é uma atitude discriminatória, em um modelo biomédico e paternalista de assistência à saúde que precisa ser desconstruído em prol de uma sociedade menos desigual (CROCHÍC, 2015). Deveria, então, a universidade ser um campo de desconstrução de injustiças sociais, mas de acordo com o site do Curso de Graduação em Odontologia (2017) da UFSC, nenhuma ementa das disciplinas de

graduação citam racismo ou discriminação como temas a serem abordados.

Além disso, as vivências pessoais de cada indivíduo são tão fundamentais quanto os conhecimentos científicos, e, por uma perspectiva ética, deveríamos prezar pelo modelo de “decisão participativa”, onde o profissional propõe e orienta o paciente, estimulando-o a tomar decisões conscientes (UGARTE; ACIOLY, 2014). Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização aborda a ferramenta de “clínica ampliada e compartilhada”, que considera a subjetividade e individualidade do sujeito juntamente com a complexidade do processo de saúde/doença, para que através de recursos que enriqueçam e qualifiquem o diagnóstico e os diálogos possibilitando esse modelo de decisões compartilhadas (BRASIL, 2013).

Ao analisar os resultados da segunda pergunta, quando os alunos foram questionados a respeito do insucesso do tratamento, as respostas, em sua grande maioria (89,16% para pacientes negros e 87,34% para pacientes brancos), consideraram o paciente e/ou o profissional como responsáveis pelo insucesso. Embora a análise de conteúdo não tenha evidenciado diferentes justificativas atribuídas às respostas que responsabilizaram o paciente branco ou o negro, notou-se que, para o paciente branco, a “falta de cuidado” esteve muito mais presente do que “não cooperação” para o negro, revelando assim, sutilmente, uma diferença que corroboraria uma perspectiva discriminatória.

As justificativas relacionaram-se principalmente às falhas nos deveres de ambos perante o tratamento, rotineiramente desconsiderando todos os demais fatores, como reações do organismo e falhas de material, mas sobretudo, os fatores socialmente determinantes, o que gera uma preocupação direta acerca da compreensão do fenômeno saúde-doença por parte dos estudantes. Em outras palavras, pensar no insucesso de procedimentos na assistência à saúde de um modo tão reducionista (“higiene ineficiente” ou “negligência do paciente”), pontuando responsáveis específicos, significa negligenciar toda a carga de interferências sociais nos processos de saúde-doença.

Essa perspectiva verticalizada da relação profissional-paciente, em que o primeiro é o único responsável pelas decisões clínicas e o paciente tem suas questões silenciadas, é própria de um modelo de atuação no qual “saberes” éticos e humanizadores são pontuais, desvalorizados, desconectados da vivência profissional, desqualificando a importância de conhecimentos não somente teórico-práticos, mas que problematizem as relações sociais (REGO; GOMES; BATISTA, 2008).

Quando estruturas discriminatórias e de iniquidades não são problematizadas na formação em saúde, formam-se profissionais pouco reflexivos e que visualizam o outro como instrumento ou objeto, e não atores sociais capazes de questionar as estruturas sociais e contribuir para a transformação do mundo. Todavia, para que essa nova formação de saber seja gerada, é necessário não somente educação dos discentes, mas educação e reeducação continuada do corpo docente e de todos que trabalham dentro das instituições de ensino. Assim, as instituições de educação estariam, como um todo, mais preparadas para lidar com as subjetividades sociais e capacitada para instruir e orientar.

Para a desconstrução do racismo, causador de desigualdades nos serviços, nos benefícios e conseqüentemente, nas oportunidades, as reflexões acadêmicas são fundamentais, mas precisam ser associadas à políticas de “desracialização”. Esses instrumentos se complementam na medida em que o saber e o desenvolvimento de conteúdo acadêmico sirvam de instrumento de investigação e fortalecimento de políticas públicas que aumentem a equidade da sociedade (LÓPEZ, 2012).

Nesse sentido, temos como exemplo políticas de ações afirmativas como o sistema de cotas, que trouxeram às portas da universidade um pouco mais próximas dos negros, indígenas e pobres e permitiu maior representatividade de grupos sociais marginalizados no meio acadêmico. Segunda a Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidade (SAAD) (SANTA CATARINA, 2017A), o número de negros ingressantes na UFSC no primeiro ano de cotas quase dobrou quando comparado ao anterior sem cotas, foram 651 ingressantes em 2008 e 389 em 2007. Em 2017, 1528 alunos negros ingressaram na universidade por cotas, vagas suplementares e pela classificação geral.

Essa representatividade resulta em criação de espaços de voz e reflexão, como os coletivos e grupos universitários a respeito do tema. Por exemplo, o Coletivo Kurima, criado por estudantes negros e negras da UFSC “que sentiram a necessidade em comum de abordar temas que fizessem referência ao negro no Brasil, na África e na diáspora africana, na Universidade e em contextos que afetavam seu dia a dia”, e tem como objetivo principal “promover e incentivar ações que estimulem a igualdade racial no meio acadêmico”, atuando tanto na universidade quanto fora dela por meio de projetos de extensão (SANTA CATARINA, 2017B)

Embora as ações afirmativas tenham se demonstrado efetivas, trabalhos como esse e como outros apresentados aqui mostram a necessidade de criar ainda mais medidas de combate ao racismo. Tanto de cunho educacional, permitindo que negros e negras empoderem-se nos



espaços institucionais e impedindo a propagação de atitudes discriminatórias, quanto de social (questões que invariavelmente andam juntas) possibilitando o acesso e permanência nesses espaços.

## Conclusão

Os resultados deste estudo sugerem a existência de algum grau de racismo entre os estudantes de Odontologia que participaram da pesquisa, uma vez que se pode perceber uma postura de menor respeito à autonomia e diálogo por parte dos estudantes quando o caso clínico hipotético se referia a um paciente negro, bem como uma maior culpabilização do paciente pelo insucesso do tratamento quando o paciente era negro. Recomenda-se a realização de pesquisas de abordagem qualitativa para melhor compreender a influência do racismo na tomada de decisões clínicas nas diferentes profissões da saúde e a criação e reformulação de políticas públicas que possam reduzir as desigualdades sociais.

## Referências

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde (Org.). Política Nacional de Humanização. Brasília: -, 2013. 16 p.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Ministério da Saúde. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 58 p.

CABRAL, Etenildo Dantas; CALDAS JUNIOR, Arnaldo de França; CABRAL, Hilda Azevedo Moreira. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. Community Dentistry And Oral Epidemiology, Recife; Rio de Janeiro, n. 33, p.461-466, 20 out. 2004.

COTTA et al. Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, Minas Gerais; Rio de Janeiro, v. 3, n. 31, p.278-286, 04 nov. 2007.

CROCHÍC, José Leon; MARTINELI, Gustavo; SVARTMAN, Massola Bernardo Parodi. A ideologia do cientificismo. *Psicologia Usp*, [s.l.], v. 26, n. 1, p.1-3, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420152601>.

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA (Santa Catarina). Universidade Federal de Santa Catarina. Página oficial do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina: Disciplinas Oferecidas. 2017. Disponível em: <<http://odontologia.ufsc.br/>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

DOMINGUES, Patrícia Mallu Lima et al. Discriminação Racial no Cuidado em Saúde Reprodutiva na Percepção de Mulheres. *Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 2, n. 22, p.285-292, abr./jun. 2013.

FINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos; RAMOS, Flávia Regina Souza. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Florianópolis, v. 11, n. 16, p.4481-4492, 05 out. 2009.

FINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos; RAMOS, Flávia Regina Souza. Ética e Valores na formação profissional em Saúde: um estudo de caso. *International Dental Education*, Florianópolis, v. 10, n. 18, p.3033-3042, 29 maio 2012.

FREITAS, Daniel Antunes et al. Saúde em comunidades quilombolas: uma revisão de literatura. *Cefac: Saúde e Educação*, São Paulo, p.00-00, 08 fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/151-10.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

FOUCALT, M. *Genealogía del racismo*. La Plata: Editorial Altemira, 1996.

GUIMARÃES, Antônio Sergio Alfredo. Preconceito de cor e racismo no Brasil. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 47, n. 1, p.01-43, 2004.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 33, n. 1, p.1-27, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 5, n. 21, p.1595-1601, out./nov. 2005.

LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Leopoldo, v. 16, n. 40, p.121-134, jan./fev. 2012.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, v. 12, n. 2, p.419-446, maio/ago. 2005.

REGO, Sérgio; GOMES, Andréa Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Bioética e Humanização como Temas Transversais na Formação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 4, n. 32, p.482-491, 03 jan. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

SANTA CATARINA. Diversifica Ufsc. Universidade Federal de Santa Catarina (Comp.). Cotas na UFSC. 2015. Disponível em: <<http://diversifica.ufsc.br/cotas-na-ufsc/>>. Acesso em: 07 out. 2017.

SANTA CATARINA. Diversifica Ufsc. Universidade Federal de Santa Catarina (Comp.). Coletivo Kurima. Disponível em: <<http://diversifica.ufsc.br/coletivo-kurima/>>. Acesso em: 07 out. 2017(A).

SANTA CATARINA. Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidade. Universidade Federal de Santa Catarina (Comp.). Gráficos: Evolução de ingressos negros e brancos na UFSC. Disponível em: <<http://saad.ufsc.br/graficos-evolucao-de-ingressos-de-negros-e-brancos-na-ufsc/>>. Acesso em: 07 out. 2017(B).

SCHROEDER, Fernanda Carrera et al. To Extract or to Restore the Tooth?: Color/Race and Clinical Decision Making among Undergraduate Dental Students from Southern Brazil. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, Florianópolis, v. 1, n. 17, p.1-12, 06 set. 2017.

SILVA, José Bezerra da; BERTOLDO, Maria Edna. O racismo como subproduto da sociedade de classes. Revista Espaço Acadêmico, Alagoas, v. 112, p.108-113, set. 2010.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it .... Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, [s.l.], v. 41, n. 5, p.374-377, out. 2014. FapUNI-FESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912014005013>.



### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja de fundamental importância discutir temas como o racismo e a discriminação no âmbito acadêmico, essa discussão é insuficiente caso seus resultados não sejam disseminados para a sociedade, permitindo refletir sobre nossas ações tanto como cidadãos como acadêmicos no âmbito universitário, além de estimular mudanças que possam, de fato, reduzir as desigualdades. Por isso, as discussões e a formulação de ações que promovam equidade devem acontecer juntas, uma dando respaldo e fortalecendo a outra.

Além disso, a representatividade dentro da universidade é fundamental para a redução do racismo e da discriminação e aqui entram em destaque a importância de políticas públicas como as cotas, que permitem maior acesso à universidade.

Porém, ao ver a crescente onda de radicalização de movimentos discriminatórios radicais no mundo, percebe-se a necessidade de criação de mais meios de desconstrução e de novas medidas de combate ao racismo.

Ademais, as mudanças acontecem também, diariamente, na reflexão e atitude pessoal de cada um. Portanto, é importante constantemente refletirmos sobre nossas próprias atitudes, além de não deixarmos de reinterar nossos posicionamentos e de jamais sermos coniventes com atitudes discriminatórias que vivenciarmos.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Lei nº 7.716, de 05 de janeiro de 1989. Serão punidos, na forma desta Lei, os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional. Lex: legislação federal e marginália. Brasília, BRASIL, Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7716.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7716.htm)>. Acesso em: 13 nov. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. As instituições federais de educação superior vinculadas ao Ministério da Educação reservarão, em cada concurso seletivo para ingresso nos cursos de graduação, por curso e turno, no mínimo 50% (cinquenta por cento) de suas vagas para estudantes que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas.. Lex: Legislação Federal e Marginália. Brasília, BRASIL, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/Lei/L12711.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Lei/L12711.htm)>. Acesso em: 13 nov. 2016.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde (Org.). Política Nacional de Humanização. Brasília: -, 2013. 16 p.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Ministério da Saúde. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 58 p.

CABRAL, Etenildo Dantas; CALDAS JUNIOR, Arnaldo de França; CABRAL, Hilda Azevedo Moreira. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. Community Dentistry And Oral Epidemiology, Recife; Rio de Janeiro, n. 33, p.461-466, 20 out. 2004.

CALABRESE, Sarah K. et al. The Impact of Patient Race on Clinical Decisions Related to Prescribing HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP): Assumptions About Sexual Risk Compensation and Implications for Access. Aids And Behavior, [s.l.], v. 18, n. 2, p.226-240, 24 dez. 2013. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-013-0675-x>.



CAMINHO, Leoncio et al. A face oculta do racismo no Brasil: uma análise psicossociológica. *Psicologia Política*, João Pessoa, p.13-36, jun. 2000.

CHOR, Dóra; LIMA, Claudia Riso de Araújo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 21, p.1586-1584, out./nov. 2005.

COOPER, Lisa A. et al. The Associations of Clinicians' Implicit Attitudes About Race With Medical Visit Communication and Patient Ratings of Interpersonal Care. *American Journal Of Public Health*, [s.l.], v. 102, n. 5, p.979-987, maio 2012. American Public Health Association. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2011.300558>.

COTTA et al. Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Minas Gerais; Rio de Janeiro, v. 3, n. 31, p.278-286, 04 nov. 2007.

CROCHÍC, José Leon; MARTINELI, Gustavo; SVARTMAN, Massola Bernardo Parodi. A ideologia do cientificismo. *Psicologia Usp*, [s.l.], v. 26, n. 1, p.1-3, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420152601>.

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA (Santa Catarina). Universidade Federal de Santa Catarina. Página oficial do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina: Disciplinas Oferecidas. 2017. Disponível em: <<http://odontologia.ufsc.br/>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

DOMINGUES, Patrícia Mallu Lima et al. Discriminação Racial no Cuidado em Saúde Reprodutiva na Percepção de Mulheres. *Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 2, n. 22, p.285-292, abr./jun. 2013.

FIGUEIREDO, Luíz Claudio M.; SANTI, Pedro Luiz Ribeiro de. *Psicologia: uma (nova) introdução*. 3. ed. São Paulo: Educ, 2015. 102 p.

FINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos; RAMOS, Flávia Regina Souza. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de

caso com cursos de graduação em odontologia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Florianópolis, v. 11, n. 16, p.4481-4492, 05 out. 2009.

FINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos; RAMOS, Flávia Regina Souza. Ética e Valores na formação profissional em Saúde: um estudo de caso. *International Dental Education*, Florianópolis, v. 10, n. 18, p.3033-3042, 29 maio 2012.

FREITAS, Daniel Antunes et al. Saúde em comunidades quilombolas: uma revisão de literatura. *Cefac: Saúde e Educação*, São Paulo, p.00-00, 08 fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/151-10.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

FOUCALT, M. *Genealogía del racismo*. La Plata: Editorial Altemira, 1996.

GONÇALVES, Evelise Ribeiro; VERDI, Marta Inês Machado. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. *Ciência e Saúde Coletiva*, Florianópolis, v. 3, n. 12, p.755-764, 07 fev. 2006.

GUIMARÃES, Antônio Sergio Alfredo. Preconceito de cor e racismo no Brasil. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 47, n. 1, p.01-43, 2004.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 33, n. 1, p.1-27, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 21, p.1595-1601, out./nov. 2005.

LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Leopoldo, v. 16, n. 40, p.121-134, jan./fev. 2012.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v. 12, n. 2, p.419-446, maio/ago. 2005.

MARTINS, A.L. Near miss e mulheres negras em três municípios da região metropolitana de Curitiba. 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (Brasil) (Org.). Educação para as relações étnico raciais. Disponível em: <<http://etnicoracial.mec.gov.br/acoes-afirmativas-cotas-prouni>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório de Flexner: para o bem e para o mal. Revista Brasileira de Educação Médica, Florianópolis, v. 4, n. 32, p.492-499, 13 fev. 2008.

PENNER, L. A. et al. Reducing Racial Health Care Disparities: A Social Psychological Analysis. Policy Insights From The Behavioral And Brain Sciences, [s.l.], v. 1, n. 1, p.204-212, 1 out. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/2372732214548430>.

REGO, Sérgio; GOMES, Andréa Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Bioética e Humanização como Temas Transversais na Formação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 4, n. 32, p.482-491, 03 jan. 2008.

SANTA CATARINA. Diversifica Ufsc. Universidade Federal de Santa Catarina (Comp.). Cotas na UFSC. 2015. Disponível em: <<http://diversifica.ufsc.br/cotas-na-ufsc/>>. Acesso em: 07 out. 2017.

SANTA CATARINA. Diversifica Ufsc. Universidade Federal de Santa Catarina (Comp.). Coletivo Kurima. Disponível em: <<http://diversifica.ufsc.br/coletivo-kurima/>>. Acesso em: 07 out. 2017(A).

SANTA CATARINA. Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidade. Universidade Federal de Santa Catarina (Comp.). Gráficos: Evolução de ingressos negros e brancos na UFSC. Disponível em:

<<http://saad.ufsc.br/graficos-evolucao-de-ingressos-de-negros-e-brancos-na-ufsc/>>. Acesso em: 07 out. 2017(B).

SANTOS, Helio. Discriminação Racial no Brasil. Disponível em: <[http://www2.tjce.jus.br:8080/esmec/wp-content/uploads/2008/10/discriminacao\\_racial\\_no\\_brasil.pdf](http://www2.tjce.jus.br:8080/esmec/wp-content/uploads/2008/10/discriminacao_racial_no_brasil.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2016.

SCHROEDER, Fernanda Carrera et al. To Extract or to Restore the Tooth?: Color/Race and Clinical Decision Making among Undergraduate Dental Students from Southern Brazil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, Florianopolis, v. 1, n. 17, p.1-12, 06 set. 2017.

SILVA, José Bezerra da; BERTOLDO, Maria Edna. O racismo como subproduto da sociedade de classes. *Revista Espaço Acadêmico*, Alagoas, v. 112, p.108-113, set. 2010.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it .... *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, [s.l.], v. 41, n. 5, p.374-377, out. 2014. Fa-pUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912014005013>.

VAN RYN, Michelle et al. THE IMPACT OF RACISM ON CLINICIAN COGNITION, BEHAVIOR, AND CLINICAL DECISION MAKING. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, [s.l.], v. 8, n. 01, p.199-218, mar. 2011. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s1742058x11000191>



## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

### Decisões clínicas de estudantes de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina

#### Instruções

Este questionário é totalmente confidencial. Seu nome não aparecerá nele e ninguém poderá saber que foi você quem forneceu as informações solicitadas.

Por favor, leia todas as opções de resposta até o final, antes de responder cada pergunta. Não deixe perguntas ou itens em branco, a não ser que o próprio questionário o(a) instrua a pular perguntas. Mesmo que você não se lembre com precisão da situação abordada na pergunta, tente responder da forma mais aproximada possível.

Em caso de dúvida, consulte o aplicador.

O tempo médio da aplicação deste questionário é de 10 (dez) minutos.

Sua participação é fundamental para a pesquisa.

Muito obrigado!

Antes de começar, precisamos que você informe corretamente o seu número de matrícula. Esta etapa é importante para que os pesquisadores possam organizar o banco de dados com as informações do questionário.

Ressaltamos que esta informação será utilizada apenas para o banco de dados e somente pelos pesquisadores deste estudo.

#### Matrícula

Por favor, escreva abaixo o número da sua matrícula.

Antes de prosseguir, verifique se a informação que digitou está correta. Utilize somente números. Não use espaço, nem outros caracteres, como: ". , - \_" .

(\_\_\_\_\_)

#### Perguntas

Agora, faremos algumas perguntas sobre itens que você pode ter em seu domicílio e sobre a escolaridade do responsável pelo local onde você mora.

Caso você já seja independente financeiramente, considere o domicílio onde reside atualmente para responder as próximas questões. Caso não seja independente, considere o domicílio de seus pais e/ou responsáveis.

1. Qual o grau de instrução do(a) principal responsável pelas despesas do seu domicílio?

*Fundamental I corresponde ao período da 1ª à 4ª série. Fundamental II corresponde ao período da 5ª à 8ª série.*

( ) Analfabeto / Fundamental I incompleto

( ) Fundamental I completo / Fundamental II incompleto

- Fundamental II completo / Médio incompleto
- Médio completo / Superior incompleto
- Superior completo
- Não sei

2. Quantos banheiros (com vaso sanitário) existem em sua casa?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

3. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista?

*Empregadas mensalistas são aquelas que trabalham pelo menos cinco (5) dias por semana, durmam ou não no emprego. Devem-se incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, entre outras.*

- Não
- Sim, uma
- Sim, duas
- Sim, três
- Sim, quatro (ou mais)

4. Em relação ao item abaixo, marque SIM para o que existe em sua casa e NÃO para o que não existe.

a) Automóvel (*apenas de uso particular; não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais*).

- Não
- Sim

aa) Agora, informe a quantidade de automóveis que possui em sua casa.

- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

b) Televisão em cores

- Não
- Sim

bb) Agora, informe a quantidade de televisores que possui em sua casa.

- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

c) Rádio (*qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. NÃO considerar o rádio de automóvel*).

- ) Não  
 ) Sim

cc) Agora, informe a quantidade de rádios que possui em sua casa.

- ) 1  
 ) 2  
 ) 3  
 ) 4 ou mais

d) Geladeira

- ) Não  
 ) Sim



dd) Agora, informe a quantidade de geladeiras que possui em sua casa.

- ) 1  
 ) 2  
 ) 3  
 ) 4 ou mais

e) Freezer (*responda SIM caso você possua um freezer independente ou uma geladeira em que o freezer seja a 2ª porta externa, como nos exemplos abaixo*)

- ) Não  
 ) Sim



ee) Agora, informe a quantidade de freezers que possui em sua casa.

- ) 1  
 ) 2  
 ) 3  
 ) 4 ou mais



f) Máquina de lavar roupa (*não considerar tanquinho*).

- ) Não  
 ) Sim

ff) Agora, informe a quantidade de máquinas de lavar roupa que possui em sua casa.

- ) 1  
 ) 2  
 ) 3  
 ) 4 ou mais

g) Videocassete e/ou DVD (*inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores*)



- Não
- Sim

gg) Agora, informe a quantidade de videocassete e/ou DVD (*inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores*) que possui em sua casa.

- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

Agora, gostaríamos de conhecer um pouco de sua trajetória escolar até a entrada na universidade. Por favor, siga respondendo as perguntas abaixo.

5. Que tipo de estabelecimento você frequentou durante o ensino fundamental, isto é, de primeira à oitava ou nona série?

- Todo em escola pública
- Todo em escola particular
- Maior parte em escola pública
- Maior parte em escola particular
- Escolas comunitárias
- Outros

6. Que tipo de estabelecimento você frequentou durante o ensino médio, isto é, do primeiro ao terceiro ano do segundo grau?

- Todo em escola pública
- Todo em escola particular
- Maior parte em escola pública
- Maior parte em escola particular
- Escolas comunitárias
- Outros

7. Você entrou na Universidade Federal de Santa Catarina por cotas / ações afirmativas?

- Não
- Sim

A partir da questão seguinte, gostaríamos de saber algumas informações suas, como data de nascimento, sexo, entre outras.

8. Qual é o seu sexo?

- Feminino
- Masculino

9. Qual é a sua data de nascimento?

\_|\_|/\_|\_|/\_|\_|\_|\_|  
DIA MÊS ANO

10. De acordo com as categorias abaixo, qual é a sua cor ou raça?

- Branca
- Parda
- Preta
- Amarela
- Indígena
- Não desejo declarar

Neste momento, gostaríamos de lhe fazer perguntas sobre sua inserção em algumas atividades, vinculadas às suas atividades na universidade. Por favor, siga respondendo mais alguns itens. O questionário está quase no fim.

11. Você participa ou já participou de atividades políticas durante o curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina?

- Não
- Sim, do Centro Acadêmico (CA)
- Sim, do Diretório Central dos Estudantes (DCE)
- Sim, da Associação Atlética de Odontologia
- Outro: \_\_\_\_\_

12. Você faz parte de projetos de pesquisa ou extensão, coordenados por professores da Universidade Federal de Santa Catarina?

- Não
- Sim, participo de um projeto de pesquisa como bolsista PIBIC.
- Sim, participo de um projeto de pesquisa como bolsista voluntário.
- Sim, participo de um projeto de extensão.

Agora, por favor, insira na caixa de texto abaixo o assunto do projeto que você participa.

( \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ )

13. Em que fase do curso de Odontologia você se encontra MATRICULADO no semestre 14.2?

- 5ª fase
- 6ª fase
- 7ª fase
- 8ª fase
- 9ª fase
- 10ª fase

Na próxima etapa deste questionário, você será apresentado a um caso clínico de um paciente hipotético. Por favor, leia atentamente as informações sobre o caso, observe as fotos clínicas e a radiografia para responder as últimas questões.

O paciente abaixo foi encaminhado para a clínica odontológica da UFSC. Ele relata que quer melhorar a sua saúde oral e que confia a você a decisão do tratamento, que será totalmente garantido pelo SUS, sem custos para o paciente.

Paciente: J. E. F.

Idade: 31 anos

Estado civil: separado

Profissão: vendedor

Renda familiar média: R\$ 1.540,00

Queixa principal: dor no elemento dental 11.

Estado geral de saúde bom, sem doença sistêmica, mas possui risco alto da doença cárie.

Não é fumante.

Bebe socialmente aos finais de semana.

## (FOTOS)

14. Qual a sua decisão para o tratamento do elemento dental 11?

Extrair

Restaurar

14.1a Qual fórceps você utilizaria para extrair o dente 11?

nº 151

nº 23

nº 65

nº 17

nº 68

14.1b Qual seria a técnica de escolha para a exodontia do elemento dental 11?

Exodontia por via não alveolar, com alveolectomia parcial

Exodontia por via não alveolar, com alveolectomia total

Exodontia por via alveolar, com ostectomia

Exodontia por via alveolar, com secção dental

Exodontia por via alveolar, sem secção dental

14.1c Seria necessário mais algum exame complementar para realizar a extração do elemento dental em questão?

- Não
- Sim

14.1cc Qual(is) seria(m) esse(s) outro(s) exame(s) complementar(es) que você considera necessário?

( \_\_\_\_\_ )

14.1d Quanto às recomendações após o tratamento escolhido por você (extração), qual seria a sua conduta clínica?

- Prescrição de fármacos e recomendações pós-operatórias verbais são suficientes.
- Prescrição de fármacos e recomendações pós-operatórias verbais e por escrito com informações adicionais e específicas ao paciente.
- Prescrição de fármacos e recomendações pós-operatórias por escrito são suficientes.
- Prescrição dos fármacos já é suficiente.

14.1e Após a exodontia do elemento dental 11, como você procederia?

- Prótese parcial fixa.
- Prótese parcial removível, classe IV.
- Colocação de implante e coroa protética.
- Prótese parcial adesiva.

14.2a Qual dos procedimentos restauradores abaixo você escolheria para o tratamento do elemento dental 11?

- Restauração indireta em Resina Composta com pino intra-canal.
- Restauração indireta com coroa cerâmica e pino intrarradicular.
- Restauração direta em Resina Composta com pino intra-canal.

14.2b Observando as imagens do caso clínico, você considera necessário o (re)tratamento endodôntico, anteriormente ao procedimento restaurador?

- Não
- Sim

14.2c Quanto às recomendações após o tratamento escolhido por você (restauração), qual seria a sua conduta clínica?

- Recomendações pós-operatórias por escrito são suficientes.
- Recomendações pós-operatórias verbais e por escrito com informações adicionais e específicas ao paciente.
- As recomendações só são necessárias quando o paciente não é bem esclarecido.
- Recomendações pós-operatórias verbais são suficientes.

15. Na primeira consulta deste paciente, você obteve os dados da anamnese. Para obter as informações necessárias para o tratamento, qual o tempo aproximado desta primeira consulta?

(\_\_\_\_\_)

16. Considerando que o paciente não concordou com a opção de tratamento que você escolheu para o elemento dental 11, como você procederia?

*Escreva uma justificativa breve e clara sobre a sua resposta.*

(\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

17. Finalizado o tratamento do elemento dental 11 (exodontia ou restauração), considere que o paciente volte para uma consulta de acompanhamento após alguns meses. Nesta consulta, observa-se fracasso no tratamento.

Na sua opinião, quem é o principal responsável pelo insucesso do tratamento?

*Escreva uma justificativa breve e clara sobre a sua resposta.*

(\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

Agradecemos a sua participação!

## ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Extrair ou restaurar o dente? Fatores que influenciam decisões clínicas de estudantes de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Pesquisador:** João Luiz Dornelles Bastos

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 16823413.2.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 711.450

**Data da Relatoria:** 24/03/2014

**Apresentação do Projeto:**

"Extrair ou restaurar o dente? Fatores que influenciam decisões clínicas de estudantes de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.". Trata-se de um estudo observacional, em que casos clínicos de pacientes hipotéticos serão apresentados aos participantes da pesquisa, de modo a se investigar se a decisão clínica por restaurar ou extrair um elemento dental está associada com a cor/raça de supostos pacientes. Serão

apresentados aos participantes do trabalho, por meio de álbuns fotográficos, casos hipotéticos de pacientes que diferem quanto à caracterização étnico-racial, mas apresentam condições clínicas de saúde bucal e perfil socioeconômico e demográfico idênticos. Perguntar-se-á, então, se os graduandos em Odontologia optariam por extrair ou restaurar determinado elemento dental, de modo que se possa avaliar se esta decisão varia conforme a cor/raça do paciente.

**Objetivo da Pesquisa:**

Não se aplica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não se aplica.

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-900

**UF:** SC

**Município:** FLORIANÓPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206

**Fax:** (48)3721-9696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 711.450

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não se aplica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Trata o presente de uma Emenda do Projeto de Pesquisa coordenado pelo Dr. João Luiz Dornelles Bastos, onde solicita alteração no texto do TCLE. O mesmo justifica que as alterações são necessárias para que os dados coletados não sejam perdidos no banco, uma vez que, para esta pesquisa, estão planejadas duas coletas de dados diferentes, com os mesmos participantes, onde a segunda coleta ocorrerá após o intervalo de dois meses da primeira. Os dados coletados devem estar organizados de forma que as informações obtidas na segunda coleta encontrem os dados registrados da primeira, do mesmo indivíduo, para que seja possível, na sequência, realizar a análise estatística. Diante do exposto, recomendamos a sua aprovação.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 07 de Julho de 2014

---

Assinado por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA  
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

**ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Aos 17 dias do mês de outubro de 2017, às 12:17 horas,  
em sessão pública no (a) sala 910/CCS desta Universidade, na presença da  
Banca Examinadora presidida pelo Professor

Mirulle Linker

e pelos examinadores:

- 1- Joana Célia dos Passos  
2- Deus Gomes

o aluno Loairc Lourenço Condido

apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado:

Racismo na Odontologia? Um estudo com graduandos da Universidade Federal de Santa Catarina

como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela APROVAÇÃO do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.

Mirulle Linker

Presidente da Banca Examinadora

Joana Célia dos Passos

Examinador 1

Deus Gomes

Examinador 2

Loairc C.

Aluno