

Representações Sociais Construídas Por Alunos de Odontologia a Respeito de Pacientes Especiais

Representations Constructed By Dentistry Students Regarding Special Needs Patients
Representaciones Sociales Construidas Por Estudiantes De Odontología Con Respeto A Pacientes Especiales

Claudia de S. Thiago Ragon
UFRJ
Rio de Janeiro, RJ-Brasil
thiagoragon@hotmail.com

Luiz Fernando Rangel Tura
UFRJ
Rio de Janeiro, RJ-Brasil
luiztura@gmail.com

Elsa Thomé de Andrade
Fiocruz
Rio de Janeiro, RJ-Brasil
migmau@terra.com.br

RESUMO

Objetivou-se apreender e analisar os sentidos construídos por alunos dos 1º, 2º e 8º períodos de graduação de odontologia de uma universidade privada-RJ/BRASIL, sobre pacientes especiais (PE) através de um estudo fundamentado na abordagem estrutural representações sociais (RS). Utilizou-se um questionário com um teste de associação de palavras com o termo paciente especiais, seguido de questões abertas e fechadas, para explorar normas, valores, crenças, fontes de informação e práticas relacionadas com o objeto. Do total de 178 alunos, 107 estavam presentes no momento da coleta dos dados. Os resultados mostraram que os elementos cuidado, difícil, doença e trabalhosos compõem o núcleo central da representação dos alunos dos 1º/2º períodos, e cuidado, carinho e difícil do 8º; aids, dedicação, dor, respeito e triste, e dependência, especiais, igualdade, frágeis, necessidade, paciência, respeito, responsabilidade e sinceros compõem os sistemas periféricos do 1º/2º e do 8º período respectivamente. Observou-se a influência de crenças e significantes historicamente presentes na sociedade que influenciaram as RS construídas sobre pacientes especiais, e indícios de mudança nos alunos do 8º período, que pode estar relacionada com a experiência adquirida na Clínica de Pacientes Especiais, fazendo-os repensar atitudes e comportamentos em relação a esse grupo.

Palavras-chave: representações sociais, pacientes especiais, graduação em odontologia

ABSTRACT

The objective of the present study was to understand and analyze the social representations about special needs patients (SNP) held by students of 1st, 2nd and 8th periods of undergraduate program in dentistry at a private university located in the state of Rio de Janeiro/Brazil through a study based on the structural approach to social representations. A questionnaire including a test of word association containing the term "Special needs patients" was used, followed by open and closed questions to explore norms, values, beliefs, sources of information and practices related to the object. Of the total of 178 students, 107 were present at the time of data collection. The results showed that the following terms are the main elements of the social representations held by the students: care, difficult, disease, and laborious (1st/2nd periods); care, affection, and difficult (8th term). The peripheral systems included the following terms: aids, dedication, pain, respect, and sad (1st/2nd periods); dependence, special, equality, fragile, need, patience, respect, responsibility, and sincere (8th period). It was observed the influence of historical beliefs and meanings on the social representations about special needs patients. We also found evidence of change in 8th period students, which may be related to the experience they had at the Clinic Care for Special needs Patients, causing them to rethink their attitudes and behaviors towards this group of patients.

Keywords: social representations, special needs patients, undergraduate program in dentistry

RESUMEN

El objetivo era aprehender y analizar los significados construídos por los estudiantes del primero, segundo y octavo períodos de odontología de una universidad privada - RJ / BRASIL, sobre pacientes especiales (PE) a través de un estudio basado en el enfoque estructural de las representaciones sociales (RS) Se utilizó un cuestionario con una prueba de asociación de palabras con el término pacientes especiales, seguido de preguntas abiertas y cerradas, para explorar normas, valores, creencias, fuentes de información y prácticas relacionadas con el objeto. Del total de 178 estudiantes, 107 estaban presentes en el momento de la recopilación de datos. Los resultados mostraron que los elementos cuidado, dificultad, enfermedad y trabajoso, comprenden el núcleo central de la representación de los estudiantes del 1er / 2do período, y cuidado, cariño y difícil del 8vo; SIDA, dedicación, dolor, respeto y triste componen los sistemas periféricos del 1er / 2do período; y dependencia, especiales, igualdad, frágiles, necesidad, paciencia, respeto, responsabilidad y sinceros del 8vo período. Se observó la influencia de creencias y significantes históricamente presentes en la sociedad que influyeron en la RS construida en pacientes especiales, y la evidencia de cambio en los estudiantes del octavo período, que puede estar relacionado con la experiencia de la Clínica de pacientes con necesidades especiales, haciéndolos repensar actitudes y comportamientos hacia este grupo.

Palabra clave: representaciones sociales, pacientes especiales, licenciatura en odontología

INTRODUÇÃO

Na Odontologia é comum classificar-se a pessoa com alguma deficiência dentro do grupo de pacientes com necessidades especiais (SILVA; PANHOCA; BLACHMAN, 2004). Esse conceito é amplo e abrange, diversos casos que requerem atenção diferenciada, impedindo o indivíduo de ser submetido a uma situação odontológica convencional (BRASIL, 2006). As dificuldades dos profissionais da área da saúde em lidar com os pacientes especiais refletem a relação da sociedade com este grupo, e são fruto do legado histórico e da falta de informação que permeiam essa relação, gerando preconceito e despreparo (CARVALHO; ARAÚJO, 2004).

Visando alcançar a integralidade da atenção e considerando-se a diversidade e complexidade dessa parcela da população, é de fundamental importância a atuação de uma equipe multi e interdisciplinar, trocando e integrando saberes e experiências com o objetivo comum de promover e manter a saúde desses indivíduos. A participação da odontologia nesse contexto ainda não é muito efetiva, apesar da magnitude e extensão dos problemas apresentados e relatados na literatura disponível (CARVALHO; ARAÚJO, 2004; BARILLI et al., 2006; HAAS; MAYRINK; ALVES, 2008; GUERREIRO; GARCIA, 2009).

A partir de um amplo debate na comunidade odontológica, em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferências Nacionais de Saúde Bucal, o Ministério da Saúde elaborou as novas diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Um dos problemas inseridos dentro das ações complementares e imprescindíveis propostas nesse novo modelo é o atendimento a pessoas com necessidades especiais. Nesse processo de transformação da prática odontológica, surge a necessidade de capacitar equipes e profissionais visando à consolidação das mudanças. Como enfatizam os autores,

A preparação de alunos para atuar com pacientes especiais pressupõe, além de formação técnica, a sensibilização e a predisposição ao atendimento..., para isso,...considerou-se importante conhecer formas de pensar e sentir, bem como as tendências referentes à ação dos estudantes de odontologia, no que tange ao atendimento inclusivo de pacientes com deficiência (MORAES et al, 2006, p.610).

Na mesma linha, SILVA, PANHOCA e BLACHMAN (2004, p.112), complementam que “deveria ser uma preocupação das universidades da área de saúde estudar e entender mais o ser humano e a sociedade, assim como faz com doenças e procedimentos técnico-cirúrgicos”.

Por ser uma especialidade recente, poucas faculdades incluem disciplinas, ou conteúdos de atendimento a pacientes especiais na graduação de odontologia no Brasil (ANDRADE et al., 2006), o que provavelmente tem gerado atitudes negativas e profissionais pouco preparados, desinteressados e indiferentes quanto ao manejo desses indivíduos, resultando numa grande dificuldade dessa parcela da população em obter tratamento odontológico especializado e de qualidade (CRESPI e

FERGUNSON, 1987; WALDMAN, PERLMAN, SWERDLOFF, 1998; CARVALHO e ARAÚJO, 2004; GUERREIRO e GARCIA, 2009).

Além disso, fatores como falta de experiência clínica, falta de formação e de recursos técnicos adequados (FENTON, 2003; WOLFF et al., 2004; WALDMAN, 2005), estereótipos, preconceitos e crenças (KAYE et al., 2005), necessidades de tratamento subestimadas (HENNENQUIM et al., 2000), mais idade e maior tempo de atividade profissional (CASAMASSINO et al., 2004; GILL et al., 2002; TORRES, 2009), recursos técnicos inadequados, tempo maior de consulta e capacidade econômica dos pacientes (DAO et al., 2005; MERRY e EDWARDS, 2002; TORRES, 2009), falta de experiências práticas educacionais com deficientes na graduação (CASAMASSINO et al., 2004; HALBERG, STRANDMARK, LINGBERG, 2004; LENNOX, DIGGENS, UGONI, 1997; WEIL e INGLEHART, 2010), qualidade questionável da educação para tratamento de pacientes especiais (HALBERG, STRANDMARK, LINGBERG, 2004; WEIL e INGLEHART, 2010) têm sido associados na literatura a atitudes negativas e não disposição para o atendimento em relação a pessoas com necessidade especiais.

Por outro lado, a literatura aponta a influência de experiências educacionais dirigidas a pessoas com necessidades especiais nas atividades de graduação nas atitudes e comportamentos dos alunos e dos profissionais em relação à deficiência, bem como na disposição e interesse ao atendimento desses pacientes (DAO, ZWETCKENBAUM, INGLEHART, 2005; MORAES et al., 2006; SMITLEY et al., 2009; WEIL e INGLEHART, 2010).

Segundo Castan e Macedo (2009), participantes de programas de treinamento, onde há um contato por um período maior com essa população desenvolvem uma visão mais ampla sobre a deficiência, sinalizando que a informação e formação na escola e no trabalho são importantes na construção das percepções dos cirurgiões-dentistas (CD) sobre as pessoas com deficiência. Contribuindo para a compreensão dos fatores que podem afetar a formação de atitudes, Wong et al. (2004) realizaram um estudo com alunos de programas de reabilitação em quatro universidades diferentes nos EUA e constataram que as atitudes do profissional são influenciadas por fatores relacionados com a deficiência (como a visibilidade e influência das características sociais e de comportamento) e incapacidade, e fatores não-relacionados (tais como sexo, etnia e ocupação).

Nesse sentido considerar outras dimensões na formação dos CD, torna-se pertinente na análise e integração de conhecimentos específicos de diversas áreas com o objetivo comum de promover e manter a saúde dos pacientes especiais. A partir dessas considerações e da experiência docente na disciplina de atendimento a pacientes com necessidades especiais, desenvolveu-se o seguinte questionamento: O atendimento a pessoas com necessidades especiais na graduação em odontologia pode facilitar a qualificação dos CD diante das novas demandas existentes, contribuindo

para a formação integral do profissional, influenciando o processo de inclusão social desses indivíduos?

Nessa perspectiva, numa abordagem psicossociológica, conhecer as construções de sentidos e significados a partir de uma rede de significantes que inclui atitudes, práticas, conhecimentos, crenças e valores explicitados por alunos de graduação em odontologia sobre deficiência, e a influência desses sentidos na sua formação profissional como um todo e, especialmente em relação aos pacientes especiais, tornam-se pertinentes para o aprofundamento dessas questões.

Baseado nisso, desenvolveu-se um estudo fundamentado na Teoria das representações Sociais (MOSCOVICI, 2012), objetivando apreender e analisar as representações sociais que os alunos do curso de odontologia de uma universidade privada-RJ (dos 1º e 2º períodos, antes de atuarem na clínica de pacientes especiais, e 8º período, após terem contato com esses pacientes na clínica), constroem a respeito de pacientes especiais e a partir da comparação dos resultados verificar como as representações vêm orientando as práticas e condutas dos alunos em relação aos mesmos, visando intervenções futuras. Esse estudo utilizou o conceito de deficiência estabelecido pela lei nº13,146/2015, que regulamenta no Brasil as disposições da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, e que prevê em seu artigo 2º:

Art. 2º: Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015)

TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Segundo Wagner e Heyes (2011), uma representação social não é uma descrição no sentido de uma proposição que possa ser verdadeira ou falsa. Ao contrário, pode ser entendida como uma elaboração de idéias ou fatos que possuem verdade fidedigna. Devido a seu caráter simbólico, as representações sociais se encontram entre o indivíduo e o mundo social e dotam os objetos e os fatos de um significado social único. Dessa forma, convertem fatos brutos em objetos sociais que povoam o espaço de vida dos grupos. Essas construções só devem ser consideradas representações sociais quando se tornam predominantes, mesmo que não completamente compartilhadas pelos membros de um grupo culturalmente distinto dentro da sociedade.

Objetos sociais relevantes são o foco da teoria visando o saber construído pelos grupos sociais no cotidiano, tendo como interesse o entendimento recíproco entre os sujeitos na elaboração do novo.

A percepção dos diferentes objetos implica numa trajetória cognitiva atravessada pelo psiquismo individual e social dando origem a dois processos, que mostram a interdependência entre a atividade

psicológica e as condições de seu exercício, os quais Moscovici (2012), ao propor a teoria das representações sociais (TRS), chamou de objetivação e ancoragem. Àquela dando um contexto inteligível ao objeto, associando-o a uma figura, tornando-o concreto, palpável, reproduzindo um conceito em uma imagem, e esta dando a essa figura um sentido, tornando-a familiar, através da integração a um pensamento social pré-existente. O novo se integra a um amplo domínio experiencial não arbitrário, mas que pode ser limitado pelo marco da cultura comum, e num nível mais geral através de idéias fonte, esquemas de imagens, arquétipos ou themata, base das muitas culturas (WAGNER e HEYES, 2011). Através desses dois processos o social transforma o conhecimento, informação, experiência em representação e esta transforma o social.

A complexidade dos processos de comunicação que o eu desenvolve com os outros está na base de sua identidade, dos saberes e da vida social e em particular a relação do eu com a alteridade radical pode ser alimentada tanto por energias amorosas como destrutivas, numa luta para preservar a onipotência do eu, levando a condutas e práticas diversas que vão desde tentativas de comunicação e compreensão até práticas de classificação, exclusão e até em casos extremos extermínio da perspectiva e corpo do outro (JOVCHELOVITCH, 2008).

Na construção representativa são levados em conta, crenças, questões culturais, condição social, experiências, ideologias; e as significações resultantes expressam os indivíduos ou grupos que as forjam, construindo uma visão consensual da realidade para esse grupo (MOSCOVICI, 2012; JOVCHELOVITCH, 2008). O estudo das RS permite uma visão mais geral desse sistema de operações mentais que ocorrem no pensamento social e que seguem as regras da vida cotidiana, guiando a ação na maioria das vezes, segundo expectativas de consequências previsíveis (WAGNER e HEYES, 2011).

Foi utilizada nesse trabalho a abordagem estrutural, inaugurada por Jean- Claude Abric, por se considerar a importância da organização interna das representações para se compreender sua dinâmica e por ser um instrumento importante, na busca de respostas para os processos envolvidos na mudança de atitudes, que nos interessa em particular, visando diminuir resistências por parte dos CD ao atendimento de pacientes especiais.

Nessa abordagem três idéias devem ser consideradas: as RS constituem conjuntos sociocognitivos organizados e estruturados; essa estrutura específica é constituída de dois subsistemas: um central e outro periférico; o conhecimento simples do conteúdo de uma representação não é suficiente para defini-la, sendo necessário identificar os elementos centrais que a organizam e lhe dão significado (ABRIC, 2003). Essa abordagem compreende a representação como um sistema sociocognitivo que é ao mesmo tempo rígido e flexível, estável e mutável, composto em sua estrutura por elementos hierarquizados e organizados em dois sistemas complementares com diferentes funções – o sistema

central e o sistema periférico (Ibid).

O sistema periférico é mais determinado pelas características do contexto imediato, é mais flexível que o sistema central, apresentando as funções de regulação e de adaptação do sistema central à situação concreta. Tem como características, ser flexível, mutável permitindo ainda a modulação individual da representação (SÁ, 2002), por estar relacionado com a dimensão funcional, já que permite a ancoragem da representação na realidade do momento.

O sistema central é marcado pela memória social e pelo sistema de normas a que se refere, sendo ainda relativamente independente do contexto social (SÁ, 2002). Exerce a função geradora, pois a partir de seu conteúdo são criados ou transformados os significados de outros elementos, e a função organizadora, já que unifica e estabiliza a representação (ABRIC, 2003). Com isso, confere características de consensualidade, estabilidade, coerência e resistência à mudança, e conseqüentemente, continuidade à representação. Nesse sentido, Sá (2002) argumenta que as cognições centrais não podem ser dissociadas do objeto correndo-se o risco de vê-lo perder toda a sua significação. Destaca, ainda, que somente a identificação do conteúdo de uma representação não é suficiente para o seu reconhecimento e especificação, a organização desse conteúdo é essencial: duas representações idênticas por um mesmo conteúdo podem ser radicalmente diferentes, caso a organização destes elementos, portanto sua centralidade seja diferente (ABRIC, 1998, p.31).

Há ainda duas dimensões que podem atravessar o sistema central: a dimensão funcional, quando os elementos estão direcionados à realização de tarefas, e a normativa, relativa às dimensões sócio afetivas, sociais ou ideológicas (SÁ, 2002). Já os elementos do sistema periférico são funcionais, no sentido de que orientam as condutas e contém supostos adicionais que sustentam o núcleo central em circunstâncias diversas e o justificam. De acordo com Sá (2002), os elementos periféricos são esquemas organizados pelo núcleo central e, que associados a ele, permitem a ancoragem da representação na realidade. Com características de orientadores de condutas, levam à tomada de posições instantâneas sem a necessidade de busca dos significados centrais. Regulando e adaptando o sistema central às especificidades das diferentes situações do cotidiano as quais os grupos são confrontados, é o sistema periférico que vai absorver primeiro novas informações ou eventos capazes de questionamentos ao núcleo central, constituindo a sua análise um elemento essencial nos estudos de processos de transformação das representações (ABRIC, 2003; SÁ, 1996).

Segundo Wagner e Heyes (2011), esse sistema de operações mentais que ocorre no pensamento social constitui um sistema operativo que envolve processos de pensamento que seguem as regras da vida cotidiana, sendo determinados por um metassistema (limites impostos pela sociedade e cultura a seus membros), que combinado ao sistema operativo estabelece um processo vertical de

acima-abaixo na cognição individual, guiando a ação na maioria das vezes, segundo expectativas de consequências previsíveis. O estudo das RS permite uma visão mais geral desses processos, identificando o seu início além da pessoa tendo suas raízes no contexto social e cultural do grupo, sendo um constructo socialmente compartilhado.

A abordagem estrutural tem se mostrado, desde a sua introdução no campo das representações sociais, bastante pertinente na análise científica das mentalidades e das práticas sociais, sendo o jogo e a interação entre sistema central e sistema periférico elementos fundamentais na atualização, evolução e transformação das representações (ABRIC, 2003).

Nessa perspectiva, a TRS pode contribuir muito para conhecer-se formas de pensar e sentir, bem como as tendências referentes à ação dos estudantes de odontologia, no que tange ao atendimento inclusivo de pacientes com deficiência.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado com alunos dos 1º, 2º e 8º períodos do curso de graduação em Odontologia de uma universidade privada do Rio de Janeiro. O critério de inclusão utilizado foi o aluno estar presente na hora da aplicação do instrumento e concordar em respondê-lo, após serem informados dos objetivos e implicações do trabalho e assinarem o consentimento livre e esclarecido. Desta forma pretendeu-se abranger dois momentos na formação desses alunos: antes e após cursarem a disciplina de pacientes com necessidades especiais no 7º período.

Num primeiro momento, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário iniciado com um teste de associação de palavras com o termo indutor "pacientes especiais" no qual se perguntava: "Quais as quatro palavras que vêm a sua cabeça ao ouvir a palavra pacientes especiais? Marque com um X as duas palavras que considere mais importantes e justifique suas respostas", seguido de questões abertas e fechadas, objetivando a identificação sócio demográfica dos sujeitos, nível de informação sobre pacientes especiais e questões visando explorar normas, valores, crenças, fontes de informação e práticas dos sujeitos em relação ao objeto em estudo.

O material do teste de evocação foi analisado segundo as dimensões individual e coletiva através da verificação das frequências - dimensão coletiva - e das ordens médias de evocação - dimensão individual -, identificando-se o conteúdo da representação social, com o auxílio do programa Evoc® 2000 (VERGÈS; SCANO; JUNIQUE, 2000).

Assim sendo, calculadas as médias das frequências e das ordens médias de evocação, estas foram lançadas em um gráfico de dispersão onde o cruzamento das respectivas linhas o dividirá em quadrantes (TURA et al., 2011).

Neste gráfico, no quadrante superior esquerdo encontram-se os elementos que provavelmente compõem o sistema central, pois são os mais prontamente evocados e os que têm maiores frequências. No quadrante inferior direito, encontram-se os com menores frequências e mais tardiamente evocados, constituindo o sistema periférico. Os outros quadrantes são compostos por elementos que mantêm uma relação próxima com o sistema central, observando-se a variação dos atributos considerados.

Uma vez identificados os elementos constituintes da estrutura representacional, é preciso que se analise como estão organizados, isto é, quais as conexões que existem, expondo o valor simbólico desses elementos, na medida em que se explicitam as relações significativas entre os conjuntos formados por eles. Essa tarefa foi realizada através da análise de similitude, empregando-se o programa Dressing® (VERGÈS e JUNIQUE, 1999), onde se desenha uma matriz de similitude, para todos os itens do corpus, chamada de árvore máxima, tendo como referências o número de co-ocorrências, as ligações específicas entre elementos e o número de sujeitos, visando conhecer os elos, relações e hierarquia entre os diversos elementos da representação (PEREIRA, 2005).

Diversas ligações se estabelecem entre os elementos da representação formando esquemas que são a base do processamento da informação. Identificados pela teoria dos grafos, podem aparecer como gráficos estelares com o elemento central ligado a pelo menos cinco outros elementos, sendo um forte indício de centralidade desse elemento, como triângulos, processados conscientemente apontando para diferentes aspectos imbricados nas cognições dos sujeitos ou com mais de três elementos na forma de círculos, processados inconscientemente, podendo indicar a importância de fatores psicossociológicos que influenciam a representação do objeto (PEREIRA, 2005).

Em seguida na direção de um alcance maior de dados na contextualização do objeto, as perguntas fechadas foram tratadas por análise de proporções e as abertas pela análise temática de conteúdo (BARDIN, 2003). A autora propõe três fases nesse processo analítico: pré-análise, o tratamento dos dados, inferência e síntese dos resultados.

Na pré-análise ou análise inicial, fazemos uma leitura flutuante (mecanismo exploratório) de todo o material e estabelecemos princípios de organização do mesmo, a fim de constituir-se um corpus de análise, através de uma preparação cuidadosa de designação, reunião e preparo dos dados que serão submetidos a análise. Nesse momento formulamos hipóteses, os objetivos a serem alcançados e as técnicas que serão utilizadas, destacando-se a análise categorial e análise de enunciação.

Na análise categorial foi efetuada a classificação dos dados segundo diferentes critérios e objetivos. O nível de categorização pode ser semântico procurando-se as unidades de significação de base ou temas por trás das palavras (análise temática). Utilizamos para isso três parâmetros principais: a frequência das ocorrências, a observação de co-ocorrências e a ordem de aparição das ocorrências

nas verbalizações dos sujeitos, produzindo-se algumas variáveis a serem inferidas (BARDIN, 1979).

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unigranrio-RJ, protocolado sob o nº 0107.0.317.000-11, tendo sido observados os princípios estabelecidos pela legislação vigente. Em relação aos aspectos referentes a questões da ética em pesquisa este trabalho procurou contemplar as premissas da resolução 466/2012 no que tange à busca de consentimento dos sujeitos envolvidos, sendo esclarecido que sua participação não implicaria nenhuma maleficência, procedimento invasivo, nem explicitação de suas identidades ou avaliação de acerto e erro das opiniões e respostas dadas (BRASIL, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do universo de 178 alunos dos 1º, 2º e 8º períodos, 107 responderam ao questionário: 67 dos 1º e 2º períodos e 40 do 8º, correspondendo a 60,11% do universo considerado. Nesse conjunto, 56,01% dos 1º/2º períodos e 75% do 8º período eram do sexo feminino, sendo a média de idade para os 1º/2º períodos de 20 anos (DP=2,35) e para o 8º período de 23,7(DP=5,22).

A análise realizada para identificar os elementos constituintes da representação deste objeto, com auxílio do Evoc 2000®, permitiu encontrar para os alunos dos 1º/2º períodos a frequência média de evocações (Fm) igual a 15 e a média das ordens média (OME) igual a 2,5, e a partir desses cálculos, verificou-se que os elementos cuidado, difícil, doença e trabalhosos têm atributos de componentes do núcleo central, e aids, dedicação, dor, respeito e triste, do sistema periférico (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos elementos segundo frequência e ordem média de evocação do 1º e 2º períodos.

f _m	OME < 2,5			OME >= 2,5		
	Elementos	f	OME	Elementos	f	OME
≥ 15	Cuidado	34	2,265	Cadeirante	11	2,091
	Difícil	23	2,478	Déficit Mental	8	1,500
	Doença	21	2,143	Down	11	2,273
	Trabalhosos	15	2,333			
< 15	Carinho	27	2,778	Aids	8	3,000
				Dedicação	7	3,143
				Dor	10	2,800
				Respeito	10	2,600
				Triste	10	3,400

Fonte: EVOC 2000

Para os alunos do 8º período a Fm foi igual a 6 e a OME igual a 2,0, verificando-se que carinho, cuidado e difícil preenchem os requisitos de elementos centrais e os elementos dependência, especiais, frágil, igualdade, necessidade, paciência, respeito, responsabilidade e sinceros, do sistema periférico (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição dos elementos segundo frequência e ordem média de evocação do 8º período.

f_m	OME < 2,0			OME >= 2,0		
	Elementos	F	OME	Elementos	f	OME
≥ 6	Carinho	18	1,944	Alegres	5	1,800
	Cuidado	21	1,810	Diferente	2	1,500
	Difícil	6	1,833	Pena	3	1,333
				Superação	2	1,500
< 6	Dedicação	6	2,333	Dependência	2	2,000
				Especiais	2	2,000
				Frágil	3	2,000
				Igualdade	2	2,000
				Necessidade	3	2,667
				Paciência	3	2,333
				Respeito	5	2,800
				Responsabilidade	5	2,600
				Sinceros	2	2,500

Fonte: EVOC 2000

Na comparação desses quadros, constatam-se composições com semelhanças e diferenças em relação aos sistemas central e periférico nos grupos estudados. É comum nos dois grupos a presença de cuidado e difícil no sistema central, entretanto observa-se que no oitavo período desaparecem doença e trabalhosos, e está presente carinho. No sistema periférico, somente respeito é elemento comum aos dois grupos, mostrando um conjunto maior no oitavo período, dando indícios de ancoragens mais complexas na medida em que este grupo já fora exposto a uma experiência que propiciou maior proximidade com esses pacientes.

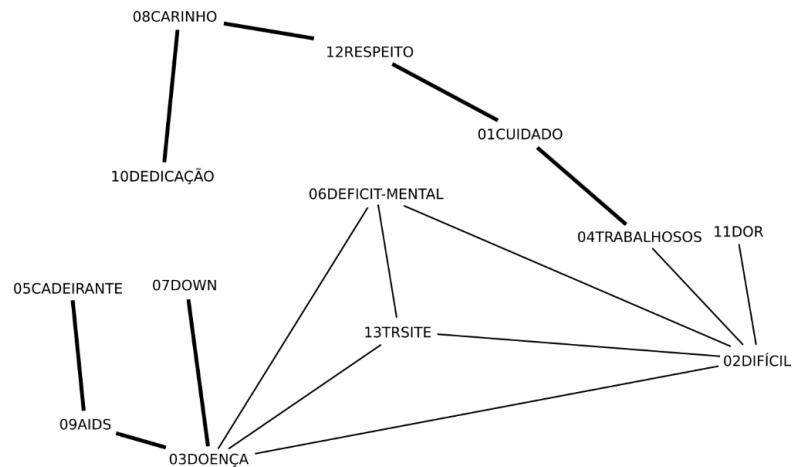
Caracterizando-se a estrutura e organização das RS construídas pelos alunos acerca do paciente especial, é interessante constatar que cuidado e difícil são elementos comuns no núcleo central de ambos. Esses dados determinam o alto poder simbólico e organizador desses elementos nas representações dos discentes, fruto de um contexto sócio histórico onde a prática do cuidado institucional a esses indivíduos considerados de difícil convivência, constituiu o primeiro paradigma formal na relação sociedade-deficiência, materializando-se nas chamadas instituições totais, onde pessoas com déficit mental ou outras deficiências eram mantidas isoladas do meio social com intuito de proteção, educação ou tratamento. Entretanto, apesar do seu fracasso pela sua ineficiência e diante do movimento que se processa em prol da inclusão dessas pessoas, ainda essas instituições povoam o imaginário social.

Os resultados apontam também para mudanças na estruturação das representações dos alunos após

o contato na clínica com pacientes especiais, o que se reflete nas suas atitudes e práticas em relação ao objeto, que a longo prazo podem contribuir para o processo de inclusão desses indivíduos.

O estudo da organização dos elementos representacionais permitiu no 1º/2º períodos, a constatação da alta conectividade dos elementos difícil e doença, ligados praticamente a todos os outros elementos, confirmando uma das características dos elementos centrais, como assinala Abric (2003), que por serem geradores de sentidos estabelecem grande número conexões com os elementos periféricos (Figura 1).

Figura 1. Análise de similitude dos 1º/2º períodos.



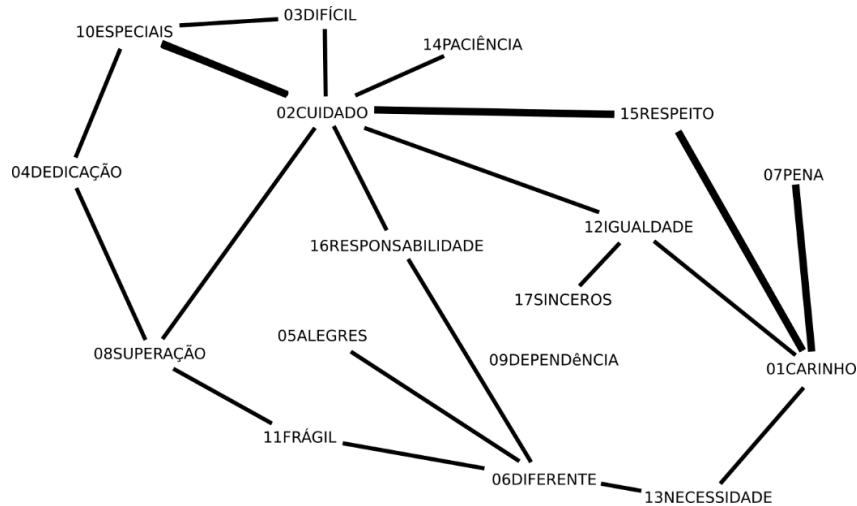
Fonte: árvore de similitude do 1º/2º períodos obtida no programa Dressing®

É interessante observar de um lado doença ligada a aids, down, déficit mental, triste e difícil, e do outro difícil articulado com doença, triste, trabalhosos, dor e déficit mental formando estruturas estelares, que encontram-se ligados pela mesma aresta de dois gráficos triangulares cujos vértices são os elementos triste e déficit mental, sugerindo uma visão estereotipada, através de ancoragens baseadas em crenças historicamente construídas a respeito das pessoas com necessidades especiais, como deficientes mentais e tristes ou em exemplos que consideram como “anomalias” ou doenças, como Síndrome de Down, cadeirantes e aids elementos encontrados no sistema periférico e periferia próxima (Quadro 1).

É interessante observar-se o conflito dos sujeitos em relação à possibilidade real como profissionais, de atendimento aos pacientes especiais constatada pela ligação do elemento difícil a dor de um lado, e trabalhosos do outro, que por sua vez está fortemente ligado a cuidado, respeito, carinho e dedicação. Tais conexões apontam para diferentes aspectos relacionados aos sentidos construídos por estes sujeitos em relação aos pacientes especiais. De um lado uma visão baseada na crença de que tratar desses indivíduos gera muita dor e dificuldade e por outro o cuidado ligado ao respeito, carinho e dedicação, elementos necessários para um bom atendimento a qualquer pessoa.

Analisando-se a estrutura do 8º período, observou-se que cuidado e difícil permanecem no núcleo central e os elementos doença e trabalhosos dão lugar a carinho. Na análise de similitude é interessante constatar a alta conexidade do elemento cuidado dando sentido e gerando conexões com praticamente todos os outros elementos (Figura 2).

Figura 2. Análise de similitude do 8º período.



Fonte: árvore de similitude do 8º período obtida no programa Dressing®

Aqui também se encontrou uma organização diferente do elemento difícil que forma agora um esquema triangular com os elementos especiais e cuidado, sugerindo uma especificidade no atendimento a uma pessoa considerada especial caracterizada pelas dificuldades relacionadas ao cuidado. Do outro lado, o elemento respeito fortemente ligado a cuidado e carinho que por sua vez articula-se a igualdade, conectado também ao elemento sinceros, sugerindo que o carinho e o respeito necessários ao cuidado dispensado a esses indivíduos por estes alunos, os fazem enxergá-los como seres iguais a todos enfatizando a sinceridade como uma característica associada à realidade de não esconderem o que são e sentem. Finalmente as conexões do elemento diferente a alegres, frágil, superação, responsabilidade e necessidade exibem ancoragens com ênfase agora em características não mais ligadas a aspectos negativos dos pacientes, numa visão ancorada na superação e alegria não mais de seres doentes, mas de seres diferentes, determinando a responsabilidade de um cuidado diferenciado adequado às suas necessidades. Esses dados apontam para a importância dessa experiência na graduação, visando a produção de práticas de saúde que incorporem a dimensão cuidadora em equilíbrio com os saberes disciplinares específicos. Na busca da integralidade do cuidado, é preciso identificar o sujeito em sua totalidade, respeitando-se sua individualidade e autonomia. Cria-se assim a oportunidade de aprendizado contínuo no trabalho centrado na prática, que segundo Merhy (2000) abre espaço para que o olhar profissional se singularize no ato de cuidar, num compromisso com a qualidade da atenção.

A análise do conteúdo das respostas para as justificativas das escolhas das palavras consideradas mais importantes corrobora esta interpretação. Os conteúdos foram agrupados em três grandes conjuntos: justificativas relacionadas aos pacientes, aos profissionais e à sociedade (Quadro 3). Nos alunos do 1º/2º períodos, 20% das justificativas relacionadas aos pacientes falam em doença, seguidas de necessidades especiais (14%), sendo mencionadas pelos sujeitos características com ênfase em aspectos negativos do paciente especial, sendo as mais citadas: difíceis, tristes, dependência, deficiência mental, defeitos físicos e diferentes (6% cada). Já nos alunos do 8º período, as justificativas relacionadas ao paciente mais citadas foram: limitações (14%) e necessidades específicas (14%), e as características mais citadas passam a enfatizar aspectos positivos do paciente: carinhosos, alegres e diferentes (11% cada) seguidas de carentes e superação (7,4% cada).

Em relação às justificativas relacionadas aos profissionais, nos alunos dos 1º/2º períodos, as mais citadas foram: devemos dar bastante carinho e amor (28%), cuidado e maior dedicação (27%) e tratar com respeito (13,5%) e os do 8º, maior atenção e cuidado (37%), seguida de respeito igual aos outros (16%), amor (11%) e mais paciência (7%). Os conteúdos evidenciam o conflito vivenciado pelos alunos dos primeiros períodos em relação ao atendimento desses pacientes, por ser um universo desconhecido, através de um discurso alusivo de carinho, amor e cuidado com foco na dedicação e respeito profissional necessários para um bom atendimento. O cuidado e atenção aparecem como elementos mais citados para os alunos do 8º período com ênfase no respeito, amor e paciência necessários a um bom atendimento a um paciente especial como a qualquer paciente.

Finalmente, é interessante ressaltar os conteúdos relacionados à sociedade, que nos 1º/2º períodos corresponderam a 80% com sentido de rejeição e que no 8º prevalece o de preconceito (33%), seguido de exclusão (22%). Esses achados corroboram a influência de crenças e significantes construídos em torno da exclusão desses indivíduos na sociedade.

Os dados sugerem uma mudança na visão a respeito dos pacientes especiais dos alunos dos primeiros períodos para os do oitavo, que pode guardar relação com a experiência a que tiveram expostos ao cursarem a disciplina de Clínica de Atendimento a Pacientes Especiais a partir do sétimo período, onde prestaram atendimento a esse grupo.

Quadro 3. Análise das justificativas das palavras principais do 1º e 2º e 8º períodos.

1º/2º Períodos		
Relação ao paciente	Relação ao profissional	Relação à sociedade
Doença, anomalia (6 /19,3%)	Dar bastante carinho e amor (11/29%)	Rejeição (4/80%)
Merecem mais atenção, cuidado especial (5/16 %)	Cuidado maior, dedicação (10 /27%)	Desrespeito (1/20%)
Necessidades especiais (4/12.9%)	Tratar com respeito (5/13%)	

Difíceis, diferentes, tristes, deficiência mental, defeitos físicos (2/6,5%)	Necessidade de preparo habilidade, dificuldades (2/5%)	
Agitados, teimosos, sofrimento, atraso (1/3, 2%)	Responsabilidade (1/5%)	
Total = 31	Total =37	Total=5
8º Período		
Relação ao paciente	Relação ao profissional	Relação à sociedade
Limitações (4/14,3%)	Maior atenção e cuidado (17/38,6%)	Preconceito (3/33,4%)
Necessidades específicas (4/14,3%)	Respeito igual aos outros (7/15,9%)	Exclusão (2/22,2%)
Carinhosos, alegres, diferentes (3/10,7%)	Amor (5/11,3%)	Dificuldade em conseguir atendimento (1/11,1%)
Carentes, superação (2/7%)	Atendimento igual aos outros, aprendido (2/4,5%)	Interpretação errada (1/11,1%)
Colaboradores, força de vontade, riqueza, lindos, disformes, dificuldade, dependentes (1/3,6%)	Ser calmo, responsabilidade, dificuldades, preparo, desafio, sensibilidade, dom, recompensador (1/ 2,3%)	Discurso inadequado (1/11,1%)
		Falta de respeito (1/11,1%)
Total= 28	Total =44	Total=9

Fonte: Justificativas do teste de evocação dos estudantes do 1º, 2º e 8º períodos

Uma reflexão sobre o preparo dos novos profissionais para a atenção odontológica no contexto da integralidade e equidade do cuidado às pessoas com necessidades especiais, que hoje é uma realidade no SUS, se faz necessária. Propiciar ao estudante a oportunidade de lidar com o universo dos chamados pacientes especiais abre espaço para se trabalhar com dimensões inexploradas nas suas atitudes e práticas em relação ao atendimento desse grupo. Isso pode levar à adoção pelos futuros profissionais de um modelo de atenção à saúde pautado no princípio da integralidade, onde a relação com o usuário/família seja profissional e sujeito e não profissional e objeto (MACHADO et al.,2007).

CONCLUSÕES

A complexidade envolvida na decisão profissional para o atendimento odontológico a pacientes especiais nos leva a algumas considerações sobre a formação do cirurgião-dentista. Experiências educativas que propiciem uma reflexão sobre as várias dimensões envolvidas com o cuidado em saúde, podem contribuir para formar profissionais com um olhar mais atento, que permita ir além da formação técnica.

Os resultados desse estudo apontam para a importância de se conhecer os fatores psicossociológicos envolvidos nessa decisão, através de alicerces teóricos convincentes, e o papel da Universidade como

reprodutora ou não de conceitos, crenças e sentidos construídos socialmente e que se perpetuam nas inter-relações dificultando o processo de transformação do cuidado em saúde. A complexidade do cuidado aos pacientes especiais envolve além de aspectos que dizem respeito ao saber estruturado cientificamente, aspectos sociais e emocionais do universo de alunos e pacientes.

Fica explicitada nesse estudo a importância da dimensão afetiva no ato de cuidar e sua influência na mudança de percepção dos alunos, sobre o paciente especial.

Os dados levam a uma reflexão sobre a importância do contato com esse grupo de pacientes durante a graduação e seus reflexos na formação dos futuros profissionais de odontologia, como também da própria instituição de ensino.

Formar em saúde é principalmente desencadear processos reflexivos que promovam mudanças, através da problematização do cotidiano, capacitando o educando ao acolhimento e ao cuidado que contemple às “várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.3), indo além da transmissão de práticas e saberes científicos estruturados.

Segundo Flament (2001), se determinadas práticas consideradas legítimas tornarem-se frequentes e percebidas como irreversíveis pelos sujeitos, podem modificar o nível de ativação dos esquemas periféricos, com modificações progressivas das representações sem ruptura com o passado. Esse processo a longo prazo pode provocar mudanças estruturais das mentalidades.

Dessa forma, no caminho para a formação de profissionais “generalistas, humanistas, críticos e reflexivos” como recomendado nas Diretrizes Curriculares nacionais do curso de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002, p.1), numa atuação transformadora de realidades sociais em consonância com os princípios do SUS, o atendimento a pacientes especiais na graduação configura-se uma estratégia importante para a melhoria do acesso desses indivíduos a um cuidado integral o que pode influenciar o seu processo de inclusão social.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.-C. A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (orgs.) **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998. p.27-37.

ABRIC, J.C. L'analyse structurale des représentations sociales. *In*: MOSCOVICI, S.; BUSCHINI, F. (orgs.) **Les méthodes des sciences humaines**. Paris: PUF, 2003. p.375-92.

ANDRADE, L.H.R.; BUNDZMAN, E.R.; ELIAS, R.A., ELIAS, C.L. Perfil do ensino sobre pacientes com necessidades especiais em faculdades de Odontologia da região sudeste. **Braz Oral Res**, v. 20, p. 27-27. 2006.

BARDIN L. L'analyse de contenu et de la forme des communications. *In*: Moscovici S, Buschini F.(orgs.) **Les méthodes des sciences humaines**. Paris: PUF, 2003. p. 243-70

_____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BARILLI, A.L.A *et al.* Periodontal Disease in Patients with Ischemic Coronary Atherosclerosis at a University Hospital. **Arq. Bras. Cardio.**, v.87, n.6, p.635-40. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3, de 19 DE fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília: MEC, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf> Acesso em 06.09.2019

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, 17(A). Normas e Manuais Técnicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Casa Civil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em: 06 de set. 2019.

CARVALHO, E.M.C., ARAÚJO, R.P.C. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. **Pesq. Bras. Odontopediatria, Clin Integr.**, v. 4, n.1, p. 65-75. 2004.

CASAMASSIMO, P.; SEALE, S.; RUEHS, K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. **J. Dent. Educ.**, v.68, n.8, p. 23-8. 2004.

CASTAN, U. J.; MACEDO, M.M. K. Intervenções profissionais no contexto das deficiências, **PSICO**, v.40, n.3, p. 294-99. 2009.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 41-65. 2004.

CRESPI, V.P.; FERGUSON, F.S. Approaching dental care for the developmentally disabled: a guide for the dental practitioner. **The New York State Dental Journal**, v.53, n.2, p. 29-32.1987.

DAO, L.P.; ZWETCHKENBAUM, S.; INGLEHART, M. R. General Dentists and Special Needs Patients: Does Dental Education Matter? **Journal of Dental Education**, v.69, n.10, p. 1107-15. 2005.

FENTON, S.J. *et al.* The american academy of developmental medicine and dentistry: eliminating health disparities for individuals with mental retardation and other developmental disabilities. **J. Dent. Educ.**, v.67, n.12, p. 1337-44. 2003.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **Representações sociais: um domínio em expansão**. Rio de Janeiro: Ed.UERJ, 2001. p.173-86.

GILL, F.; KROESE, B.; ROSE, J. General Practitioners' Attitudes to patients who have learning disabilities. **Psychological Medicine**, n.32, p.1445-55. 2002.

GUERREIRO, P.O.; GARCIAS, G.L. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p.1939-46. 2009.

HAAS, N.A, MAYRINK, S., ALVES, M.U. Prevalência de cárie dentária em pacientes portadores de transtornos mentais. **Pesq. Bras. Odontopediatria, Clin. Integr.**, v.8, n.1, p.57-61. 2008.

HALBERG, U.; STRANDMARK, M.; LINGBERG, G. Dental health professionals' treatment of children

- with disabilities: a qualitative study. **Acta Odontol Scand**, v.62, n.6, p.319-27. 2004.
- HENNENQUIN, M.; FAULKS, D.; ROUX, D. Accuracy of estimation of Dental Treatment need in special care patients, **Journal of Dentistry**, n. 28, p.131-36. 2000.
- JOVCHELOVITCH, S. **Os Contextos do Saber: representações, comunidade e cultura**. Vozes: Petrópolis, 2008.
- KAYE, P.L. Views and experiences of parents and siblings of adults with Down Syndrome regarding oral health care: a qualitative e quantitative study. **British Dental Journal**, n.198, p.571-78. 2005.
- LENNOX, N.G.; DIGGENS, J.N.; UGONI, A.M. The General Practice Care of People With Intellectual Disability: Barriers and Solutions. **Journal of Intellectual Disability Research**, v.41, n.5, p. 380-90. 1997.
- MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p.335-42. 2007 .
- MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas, contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface**, n. 4, v.6, p.109-16. 2000.
- MERRY, A.; EDWARDS, D. Disability part 2: access to dental services for disabled people. A questionnaire survey of dental practices in Meyerside. **British Dental Journal**; v. 193, n.5, p. 253-55. 2002.
- MORAES, A.B.A *et al.* Verbalizações de alunos de odontologia sobre a inclusão social de pessoas com deficiência. **Psicologia em Estudo**, v.11, n.3, p.607-15. 2006.
- MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.
- PEREIRA, F. J. C. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. *In*: MOREIRA, A.S.P. *et al.* (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005. p. 25-60.
- SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes. 2002. 189p.
- SMITLEY, M.G. *et al.* Latin American and Caribbean dental schools: teaching about special needs. **Rev Panam Salud Publica**, v.25, n.4, p. 322-7. 2009.
- TORRES, I.A.P.M. **Atitudes dos Médicos Dentistas no tratamento médico-dentário de pacientes com deficiência mental**. Monografia (Licenciatura em Medicina Dentária). Faculdades de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1147/2/mono_isabeltorres.pdf Acesso em 06.09.2019
- TURA, L.F.R; BURSZTYN, I; CARVALHO, D.M.; ARRUDA, A; SILVA, A.O. Representações sociais de saúde construídas por idosos do oeste paraense. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.14, n.4, p.743-52. 2011.
- SILVA, O.M.P, PANHOCA L., BLACHMAN, I. T. Os pacientes portadores de necessidades especiais: revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. **Salusvita**, v.23, n.1, p.109-16. 2004.
- VERGÈS, P.; SCANO, S.; JUNIQUE, C. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations - EVOC 2000**: manuel. Aix en Provence: LAMES, 2000.
- WAGNER, W., HAYES, N. **Organizacion y estructura de las representaciones sociales**. Fátima Flores

Palácios (Ed). Anthropos Editorial: México, 2011.

WALDMAN, H. B.; PERLMAN, S. P.; SWERDLOFF, M. What if dentist did not treat people with disabilities? **Journal of Dentistry for Children**, v. 65, n. 2, p. 96-100. 1998.

WALDMAN, H.B.; FENTON, S.J.; PERLMAN, S.P.; CINOTTI, D.A. Preparing Dental Graduates to Provide Care to Individuals with Special Needs. **Journal of Dental Education**, v.69, n.2, p.249-54. 2005.

WEIL, N.T; INGLEHART, M.R. Dental Education and Dentists' Attitudes and Behavior Concerning Patients with Autism. **Journal of Dental Education**, v.74, n.12, p. 1294-1307. 2010.

WOLFF, A. *et al.* Dental students' experiences with and attitudes toward people with mental retardation. **Journal of the American Dental Association**, v.135, n.5, p.353-5. 2004.

WONG, D. W. *et al.* Rehabilitation counseling students' attitudes toward people with disabilities in three social contexts: a conjoint analysis. **Rehabilitation Counseling Bulletin**, v.47, n.4, p.194-204. 2004.

AGRADECIMENTOS

À equipe da disciplina de Clínica de atendimento a pacientes especiais da faculdade de Odontologia da Unigranrio-RJ, ao coordenador do Curso de Odontologia, Dr. Edson Jorge Lima Moreira e a todos os alunos que concordaram em participar dessa pesquisa.