



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Alves de Moraes, Antonio Bento; Guarnieri Batista, Cecilia; Lombardo, Ivani; Horino, Letícia Enya;
Sattolo Rolim, Gustavo

Verbalizações de alunos de odontologia sobre a inclusão social de pessoas com deficiência

Psicologia em Estudo, vol. 11, núm. 3, diciembre, 2006, pp. 607-615

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122092017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

VERBALIZAÇÕES DE ALUNOS DE ODONTOLOGIA SOBRE A INCLUSÃO SOCIAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Antonio Bento Alves de Moraes^{*}
Cecília Guarnieri Batista[#]
Ivani Lombardo^{*}
Letícia Enya Horino[#]
Gustavo Sattolo Rolim[¶]

RESUMO. Com o objetivo de conhecer modos de se expressar de estudantes de Odontologia em relação às pessoas com deficiência, foi aplicado um questionário aberto contendo exemplos de situações inclusivas, antes e após um módulo de ensino sobre pacientes especiais. As respostas foram categorizadas em: polarização positiva (ex: aprovação), negativa (ex: pena) ou sem polarização, fazendo-se distinção entre foco na pessoa e nas ações inclusivas. Os resultados indicaram totais mais altos para categorias com polarização positiva e aumento desses valores após o módulo de ensino, e foco predominante na pessoa. Discute-se a importância da formação dos estudantes de odontologia para atuação com pacientes especiais, assim como a contribuição da área de ciências humanas..

Palavras-chave: odontologia e psicologia, inclusão social, pessoas com deficiência.

SOCIAL INCLUSION OF HANDICAPPED PERSONS: WHAT DENTISTRY STUDENTS SAY ABOUT IT

ABSTRACT. The aim of this study was to assess different ways students of Dentistry express themselves as they are asked questions concerning individuals with disabilities. A questionnaire consisting of examples of inclusive situations was applied prior to and after a teaching module focusing handicapped patients. Answers to the questionnaire were categorized as positive tendency (e.g. approval), negative tendency (e.g. pitiful), or neutral. Also, distinctions were made between the answers focusing on the individual and those focusing on inclusive actions. Results revealed the highest values for positive responsiveness, increasing after the teaching module application. Answers focusing on the individual showed higher values when compared to those regarding inclusive actions. This study emphasizes the contribution of Human Sciences approaches to dental students learning and their preparation to deal with handicapped patients.

Key words: Dentistry and Psychology, social inclusion, handicapped persons.

VERBALIZACIONES DE ALUMNOS DE ODONTOLOGÍA SOBRE LA INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DEFICIENCIA

RESUMEN. Con el objetivo de conocer modos de expresarse de estudiantes de Odontología en relación con las personas con deficiencia, se aplicó un cuestionario de respuesta libre conteniendo ejemplos de situaciones inclusivas, antes y después de un módulo de enseñanza sobre pacientes especiales. Las respuestas fueron categorizadas en: polarización positiva (Ej.: aprobación), negativa (Ej.: pena) o sin polarización, haciéndose distinción entre foco en la persona y en las acciones inclusivas. Los resultados indicaron totales más altos para categorías con polarización positiva y aumento de esos valores después del módulo de enseñanza, y foco predominante en la persona. Se discute la importancia de la formación de los estudiantes de odontología para actuación con pacientes especiales, así como la contribución del área de Ciencias Humanas.

Palabras-clave: odontología y sicología, inclusión social, personas con deficiencia.

^{*} Doutor. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba-SP.

[#] Doutor. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto”, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP.

[¶] Doutor. Aprimorando Fundap (Programa Psicologia do Desenvolvimento e Deficiência) no Cepre-FCM-Unicamp em 2003.

Ao longo dos últimos séculos, as políticas de atenção a pessoas com deficiência têm sofrido significativas alterações na sociedade ocidental. A partir do século XVI, coincidindo com a ampliação do processo de urbanização, foi se tornando prática comum a institucionalização de pessoas com diferentes tipos de comportamentos considerados indesejáveis, internadas em grandes hospitais e sanatórios fechados, incluindo as consideradas loucas ou deficientes (Goffman, 1999; Pessotti, 1984).

Na segunda metade do século XX, o pêndulo voltou-se para as noções de normalização e integração social, com críticas às instituições fechadas. Foram então definidas diretrizes para a atenção integrada e inclusiva de pessoas consideradas doentes mentais - de que é exemplo a *Luta Antimanicomial* - e das pessoas com deficiências, buscando-se sua inclusão escolar e social. No que se refere às pessoas com deficiências, as declarações oficiais voltaram-se para a sugestão de políticas de inclusão escolar e de eliminação de barreiras arquitetônicas e atitudinais, incluindo, entre outras, as políticas de emprego, transporte público e lazer para pessoas com deficiência (Amaral, 1996; Daniels & Garner, 1999; Mazzotta, 1996).

No Brasil, a Constituição de 1988 (Brasil, 1988) já apresenta os princípios gerais da política de inclusão de pessoas com deficiências, que vem sendo detalhada em leis complementares, relativas, entre outros, a aspectos educacionais, de acessibilidade e de incentivo ao emprego. A adoção das políticas inclusivas não ocorre de imediato, tendo-se revelado um processo irregular, com avanços em alguns setores e grande lentidão em outros. Entretanto, pode-se considerar que as propostas inclusivas já são dominantes em nível de discurso e mostram algumas aquisições significativas em nível de implantação de ações (Brasil, 2001).

À medida que a pessoa com deficiência começa a fazer parte da comunidade em vez de ser atendida em instituições fechadas, muitas coisas mudam, entre elas, o atendimento odontológico. Essa questão é enfatizada por Atkins (1974), que apresenta um pequeno histórico do ocorrido no Canadá quanto às pessoas com retardo mental. Segundo o autor, enquanto essas pessoas viviam em instituições fechadas, eram atendidas pelo dentista da instituição, e não apresentavam boa saúde bucal. A progressiva implementação de programas de vida assistida na comunidade trouxe novos desafios, pois essas pessoas deveriam ser atendidas pelos dentistas dos locais em que residiam. O autor relata um estudo de atitudes de dentistas que tinham ou não atendido pessoas com retardo, em que as respostas foram classificadas em três categorias: disposto

(*willing*), *relutante* (*reluctant*) e em dúvida (*doubtful*). A maior proporção de respostas correspondeu à categoria “disposto”, seguida por “relutante” e, com valores mais baixos, pela categoria “em dúvida”. Os valores indicando “disposição” foram maiores para os dentistas que atenderam pessoas com deficiência (valores na faixa de 80 a 90% para diferentes áreas do país, comparados a 50 a 66% dos que não atenderam). O autor termina buscando sensibilizar e motivar os dentistas da comunidade para esse atendimento.

Neste mesmo sentido, O'Donnell (1985), em estudo realizado na Inglaterra, coloca que as barreiras ao tratamento odontológico de pacientes especiais podem ser relacionadas a dois aspectos: dificuldades quanto aos recursos disponíveis e atitudes e abordagens adotadas pelos profissionais da saúde. Lembra que a necessidade de recursos é ampla e abrange diversos níveis, desde o transporte para o consultório, passando pelo conhecimento das normas do sistema público de saúde, até a produção de tecnologias que minimizem as desvantagens que as pessoas possam apresentar em seu dia-a-dia. Neste último aspecto, o autor aponta para problemas aparentemente simples, como o acesso a consultórios em andares superiores dos edifícios (alguns sem elevador, outros com elevadores estreitos) e de acesso à própria cadeira do dentista. Quanto às atitudes, o autor faz poucos comentários, por centrar-se na questão da acessibilidade em seus aspectos físicos e arquitetônicos.

AlSarheed, Bedi e Hunt (2001), em estudo realizado em Riad, Arábia Saudita, buscaram compreender quais eram as atitudes dos profissionais da Odontologia frente às pessoas com necessidades especiais. Utilizaram o questionário “Scale of Attitude Toward Disabled Persons (SADP)”, com 21 perguntas relacionadas a situações cotidianas, o qual era respondido através de seis possibilidades (discordo plenamente, discordo muito pouco, discordo, concordo, concordo muito pouco, concordo plenamente). Os resultados mostraram que 54% dos dentistas apresentam verbalizações positivas com relação ao atendimento a pessoas com deficiência. As verbalizações positivas indicam que os profissionais mostraram-se sensibilizados diante das pessoas com necessidades especiais, porém não há indicativos sobre se esta disposição estaria relacionada ao atendimento global do deficiente ou apenas a aspectos estritos de promoção de saúde.

Por sua vez, em estudo realizado em Belfast, Irlanda, Coyle, Saunderson e Freeman (2004) estudaram as atitudes de estudantes de odontologia

($n=168$) e de ciências sociais ($n=80$) relativas a pessoas com necessidades especiais. Nesta pesquisa foram utilizados dois questionários: o SADP, acima citado, e a “Dental Student Attitude to the Handicapped Scale” (DSAHS), para avaliar e comparar as atitudes dos estudantes com relação ao ensino sobre pessoas com necessidades especiais. Foi verificado que os estudantes de odontologia mostraram-se com menos facilidade para aprender sobre essas pessoas do que os estudantes de ciências sociais. Os autores apontaram a falta de uma política e de práticas educacionais que balizassem a formação do profissional da saúde.

Esses estudos sugerem que a formação do estudante de odontologia seja voltada para a promoção de saúde e para uma prática que reflita sobre os problemas e possibilidades de atenção às pessoas com necessidades especiais. Destacam a importância, nos cursos de formação de profissionais da saúde, da discussão de políticas públicas, incluindo tópicos como inclusão social e disponibilização de recursos educacionais e tecnológicos para toda a população, como prevêem no Brasil, documentos que definem políticas de saúde (Brasil, 2001; CNSB – Brasil, 2004). Apontam, assim, para uma tendência positiva de realização do atendimento inclusivo. Ao mesmo tempo, indicam aspectos críticos relativos à acessibilidade e à formação do profissional de odontologia.

Quanto à questão do ensino para os profissionais de saúde no Brasil, há indicações de que o sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com esses ideais. Nesse sentido, o Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB – Brasil, 2004) indica que “a formação dos trabalhadores da saúde bucal não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal” (p. 55). Mais especificamente com relação aos cuidados que devem ser tomados no atendimento de pessoas com necessidades especiais, esse relatório aponta aspectos que devem ser abordados pelas universidades e pelo profissional da área da saúde, tais como:

“Organizar os planos de cursos de odontologia de modo que as necessidades especiais dos pacientes (situações epidêmicas, crônico-degenerativas, deficiências genéticas, nutricionais, físicas, mentais e outras) sejam abordadas na sua integralidade.” (p. 61) e

“Capacitar profissionais para o atendimento odontológico a pacientes portadores de necessidades especiais e portadores de deficiências e transtornos mentais, Capacitar

os profissionais da rede básica para atendimento ao idoso e aos portadores de deficiência e necessidades especiais” (p. 65).

De acordo com diretrizes nacionais, a formação do profissional da saúde só estará cumprindo seu papel quando a produção do cuidado trouxer consigo a proposta de humanização do processo e desenvolver ações e serviços de saúde que efetivem os objetivos da saúde como um todo, ou seja, promover, prevenir e tratar as pessoas e estabelecer e melhorar as políticas e sistemas públicos. Isso implica na responsabilidade dos serviços e dos trabalhadores da saúde por construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilidade e autonomia em cada usuário (Brasil, 2004).

O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado total em saúde, em especial na bucal, deriva de vários princípios (além dos expressos no texto Constitucional - universalidade, integralidade e equidade), entre os quais se destaca o *acolhimento*. Este envolve ações que garantem atos de cuidados, escuta, orientação, atendimento, encaminhamento e acompanhamento, que caracterizariam o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade e adesão e para a manutenção da saúde coletiva.

Dessa forma, a atenção aos pacientes especiais em odontologia evoluiu de uma preocupação inicial de caráter beneficente para uma concepção mais profissional. Recentemente, o Conselho Federal de Odontologia baixou a Resolução CFO 23/2002, que estabelece as áreas de competência para atuação em várias especialidades, entre elas a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (Brasil, 2002). Como decorrência, surge a preocupação de preparar o odontólogo para a área, de preferência desde a graduação. Nesse sentido, a disciplina “Psicologia Aplicada à Odontologia”, ministrada no curso de graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, estabeleceu o módulo “Pacientes Especiais”, em que são apresentadas noções básicas sobre os diferentes tipos de deficiência e sobre as estratégias clínicas de atendimento a indivíduos com necessidades especiais, de forma inclusiva.

Esse atendimento inclusivo tem importantes consequências psicológicas, conforme destaca Omote (s/d), ao falar sobre a importância de se considerar o

atendimento odontológico da pessoa com deficiência como parte da rotina familiar normal. O autor discute a questão da estigmatização da pessoa com deficiência e de sua família, considerando que o atendimento odontológico dessas pessoas no consultório comum pode ter uma importante função: a de reduzir a estigmatização da pessoa e de sua família. Assim, o atendimento odontológico não segregado passa a constituir parte integrante das políticas inclusivas para pessoas com deficiência, e traz a questão da preparação do profissional para esse atendimento.

A preparação de alunos para atuar com pacientes especiais pressupõe, além de formação técnica, a sensibilização e a predisposição ao atendimento. Tendo-se em vista a situação atual de implantação de políticas inclusivas, é provável que alunos de graduação em odontologia tenham tido experiências variadas e possivelmente contraditórias em relação a contatos com pessoas com deficiência em situações inclusivas. Para melhor planejar as aulas relativas ao módulo de ensino sobre Pacientes Especiais, sob responsabilidade do primeiro autor, 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.

Nesse sentido, foi proposto o presente estudo, com os seguintes objetivos:

- conhecer o que dizem os alunos de odontologia, em termos de sentimentos, pensamentos e tendências para a ação, no que se refere à inclusão social de pessoas com deficiência;
- verificar possíveis mudanças, antes e depois do módulo sobre Pacientes Especiais, nessas formas de manifestação dos alunos.

MÉTODO

Participantes

Os participantes do presente estudo foram alunos de graduação em odontologia, que cursavam a disciplina Psicologia Aplicada. As turmas eram compostas de 80 alunos, com uma proporção em torno de 60% de alunos do sexo feminino. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP), tendo os alunos assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimento de coleta de dados

Foi elaborado um conjunto de questões, descrevendo brevemente situações em que pessoas com diferentes tipos de deficiência eram apresentadas em condição de inclusão social, e se pedia ao aluno que escrevesse sobre sentimentos e idéias que eram

suscitados por essas situações. Foram realizados dois estudos (Estudo 1 e Estudo 2), cada um com uma turma, em dois anos consecutivos, que diferiram na quantidade e tipo das questões apresentadas.

No Estudo 1, foram apresentadas quatro questões antes do módulo relativo a Pacientes Especiais e quatro questões diferentes, depois do referido módulo. Dessas quatro questões, cada uma se referia a um tipo de deficiência: física, mental, visual e surdez. As instruções e questões são apresentadas a seguir.

Instruções: “Vamos pedir uns momentos de sua atenção para o preenchimento deste questionário. Não se trata de uma avaliação de conhecimentos acadêmicos. Não há respostas certas ou erradas, mas, sim, respostas que refletem formas de pensar e agir, socialmente transmitidas, em relação ao tema da deficiência”.

- 1ª aplicação (antes do módulo sobre Pacientes Especiais)
 - 1- Você vê um homem em torno de 40 anos de cadeira de rodas, sozinho, no corredor do *shopping*. Que reações você imagina que teria (pensamentos, sentimentos, impulsos para a ação)?
 - 2- Você se interessa por um(a) jovem em uma festa e vai conversar com ele(a). De repente, descobre que a pessoa é surda e só faz uso da língua de sinais. Como você pensa que reagiria diante desta situação? Como você justificaria sua atitude?
 - 3- Na cantina da faculdade, você vê um colega de turma conversando com um amigo cego. Outro colega comenta com você que esse rapaz cego é aluno de Economia. Como você imagina suas reações a essa informação? Por quê?
 - 4- Você é informado de que seu próximo cliente na clínica odontológica é uma moça com síndrome de Down. Como você imagina sua reação? Por quê?
- 2ª aplicação (depois do módulo sobre Pacientes Especiais):
 - 1- Você vai à piscina e vê uma criança com retardo mental brincando na água com seus pais. Qual seu primeiro pensamento? Que outras reações você imagina que vai ter?
 - 2- Você está procurando um médico gastroenterologista, e um médico cego é indicado como bom profissional. O que você faz? Por quê?

- 3- Você fica sabendo que a nova funcionária da Secretaria de Graduação tem um problema neuromotor que afeta sua coordenação fina. A unidade em que trabalha precisou adquirir um teclado de computador especial, de forma a possibilitar suas atividades de digitação. O que você pensa e sente a respeito?
- 4- Uma amiga lhe conta que assistiu, nos Estados Unidos, a um show com a cantora Sarah Brightman, e que um intérprete de sinais traduzia as letras das músicas para a língua de sinais. Qual seu comentário? Por quê?

No Estudo 2, visando maior padronização, foram apresentadas as mesmas oito questões, antes e depois do módulo relativo a Pacientes Especiais. Tendo em vista as respostas às questões apresentadas no Estudo 1, algumas das questões foram mantidas e outras, modificadas. Foi mantida a proporção de questões relativas a cada tipo de deficiência, a saber:

- 1- a mesma questão 1, 2ª aplicação do Estudo 1 (criança com retardo na piscina).
- 2- Você é informado de que seu próximo cliente na clínica odontológica é uma criança com síndrome de Down. Como você imagina sua reação? Por quê? (questão do Estudo 1, com modificações).

- 3- Você vê um rapaz em torno de 30 anos de cadeira de rodas circulando pelo *shopping*. Que reações você imagina que teria (pensamentos, sentimentos, impulsos)? (questão do Estudo 1, com modificações).
- 4- Você é apresentado(a) a um(a) jovem advogado(a) paraplégico(a). Qual seu primeiro pensamento? Que outras reações você imagina que vai ter? (questão nova)
- 5- mesma questão 3, 1ª aplicação do Estudo 1 (aluno universitário cego).
- 6- Você é informado de que seu próximo cliente na clínica odontológica é uma jovem cega. Como você imagina sua reação? Por quê? (questão nova)
- 7- Você vê um grupo de surdos em um bar, conversando na língua de sinais. O que você sente e pensa a respeito? (questão nova)
- 8- a mesma questão 2, 1ª aplicação do Estudo 1. (abordagem a jovem surdo(a))

Procedimento de análise de dados

A partir do exame das respostas apresentadas no Estudo 1, tendo em vista os objetivos do trabalho, foi elaborado um conjunto de categorias para análise das respostas dos alunos, apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Pensamentos, Sentimentos e Tendências de Ação, Diante de Perguntas Exemplificando Inclusão de Pessoas com Deficiência

	Foco na pessoa com deficiência	Foco nas ações para a promoção da inclusão
Polarização Positiva	<p>AP - aprovação, alegria pela situação de inclusão apresentada na questão; pela disposição da própria pessoa em buscar inclusão.</p> <p>DC - disposição para contato pessoal ou profissional na situação descrita; confiança na competência da pessoa com deficiência; disposição para aprender a usar instrumentos para contato (ex: aprender língua de sinais).</p> <p>Crítério para considerar “contato pessoal”: pode envolver situações caracterizáveis como contato breve, ajuda, amizade ou “paquera</p> <p>DP- disposição para se adaptar/aprender se passar por situação semelhante (ex: ter um filho com deficiência).</p>	<p>AI - aprovação, apoio aos responsáveis por ações de inclusão (família, sociedade), sejam específicas (ex: pais promoverem algo para seu filho) ou gerais (ex: implementar políticas inclusivas).</p> <p>CN - crítica à não abrangência das ações de inclusão, crítica à inexistência ou pequeno alcance dessas ações.</p>
Polarização Negativa	<p>PN - pena, dó, preocupação pela deficiência e possíveis problemas presentes e futuros e/ou preocupação, pena em relação aos problemas enfrentados pelos responsáveis pela pessoa com deficiência (ex: familiares).</p> <p>EV - evitação (dúvida, apreensão, inibição, evitação) de contato pessoal ou profissional na situação descrita; desconfiança quanto à competência da pessoa com deficiência; receio das reações adversas da pessoa com deficiência.</p> <p>RC - receio/medo de passar por situação semelhante à observada (ex: ter um filho com deficiência).</p> <p>N - qualificação da situação como natural ou normal.</p>	<p>OI - oposição à inclusão: explicitação de posições contra a inclusão; explicitação de posições a favor da segregação.</p>
Sem Polarização	<p>S - surpresa pela situação observada.</p> <p>C - curiosidade- perguntas, dúvidas sobre a situação e sobre o quadro, suas causas e conseqüências, observação da situação.</p>	<p>IN - questões sobre implementação de ações de inclusão: questões/afirmações sobre direitos e formas de acesso e contato (ex: formas alternativas de comunicação, leitura do cego, etc), sem crítica ou aprovação explícita.</p>

Consideraram-se como exemplos de polarização positiva as respostas que expressavam alegria, aprovação e disposição para contato, e de polarização negativa as que expressavam tristeza, preocupação e rejeição, relativas à situação descrita. Assim, o termo *polarização negativa* não se refere a uma posição contrária à inclusão, mas a sentimentos e percepções de dificuldades de aceitar ou envolver-se em interações com pessoas com deficiência. As respostas que não apresentavam uma clara polarização foram classificadas no grupo “Sem polarização definida”. Decidiu-se que, nos casos de verbalizações não classificáveis nessas categorias, seria indicada a categoria *outros* e anotado brevemente o conteúdo da

resposta. A concordância entre categorizadores foi testada tendo outro autor como juiz, tendo-se obtido valores superiores a 0,80.

RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta o número de alunos que responderam ao questionário e o total das categorizações apresentadas. As respostas a cada questão poderiam ser classificadas em mais de uma categoria, daí a distinção entre total de respondentes e total de categorizações.

Tabela 2. Números de Alunos, Categorizações e Totais Percentuais de Categorias-Foco na Pessoa e na Inclusão

	Estudo 1		Estudo 2	
	1ª. Aplicação 69 alunos (n=308)	2ª. Aplicação 68 alunos (n=431)	1ª. Aplicação 65 alunos (n=662)	2ª. Aplicação 42 alunos (n=338)
Total de respondentes	69	68	65	42
Total de categorizações	308	431	662	338
Média de categorizações por aluno por questão	1,12	1,57	1,27	1,15
Foco na Pessoa	90,6 %	67,8 %	95,3 %	93,3 %
Foco na Inclusão	9,4 %	32,2 %	4,7 %	6,7 %

Observa-se que no Estudo 1 o total de respondentes foi semelhante nas duas aplicações, com média de categorizações das respostas a cada questão mais alta na segunda aplicação. Já no Estudo 2, o total de respondentes foi menor na 2ª aplicação, com média mais baixa de categorizações. Assim, no Estudo 1, o nível de colaboração e elaboração das respostas aumentou na segunda aplicação, tendo sido observado o contrário no Estudo 2.

A Tabela 2 mostra ainda os valores totais das categorias relativas aos dois grandes grupos identificados: *Foco na pessoa com deficiência* e *Foco nas ações de promoção da inclusão*, nas duas aplicações e nos dois estudos. Observa-se que os totais percentuais foram bem maiores para o grupo

de categorias com foco na pessoa, quando comparados aos do grupo de categorias com foco nas ações para promoção da inclusão, tanto no Estudo 1 como no Estudo 2. Assim, a grande tendência das respostas, nos dois estudos, foi centrar o foco na pessoa, o que, em parte, é decorrente da natureza das questões apresentadas aos alunos. Entretanto, é interessante notar que, no Estudo 1, observou-se um percentual maior de respostas com foco nas ações de inclusão do que no Estudo 2, bem como um aumento de frequência de respostas na segunda aplicação.

Quanto à distribuição das respostas em termos de polarização, a Figura 1 traz os totais percentuais, para os dois estudos, relativos às duas aplicações.

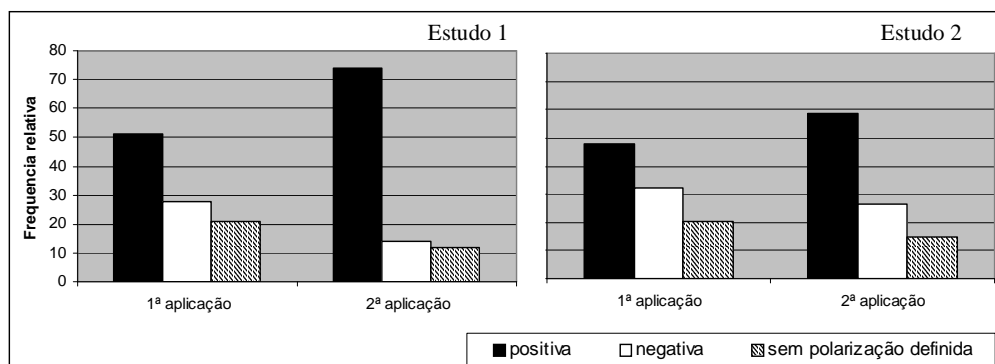


Figura 1. Totais Percentuais Relativos a Polarização para as Duas Aplicações nos Estudos 1 e 2

No que se refere ao Estudo 1, observa-se, nas duas aplicações, um predomínio de categorias com polarização positiva, seguidas por categorias com polarização negativa e por categorias sem polarização definida. Comparando-se a 1ª e a 2ª aplicação, verifica-se aumento significativo das categorias com polarização positiva e diminuição discreta dos percentuais das categorias com polarização negativa e sem polarização na 2ª aplicação.

Quanto ao Estudo 2, as tendências são semelhantes às do Estudo 1, embora com menos contrastes entre polarização positiva e as demais. Comparados aos resultados do Estudo 1, os percentuais de categorias com polarização positiva são ligeiramente menores na 1ª aplicação, e aumentam menos que no Estudo 1. Já os percentuais de categorias com polarização negativa

inicialmente são um pouco maiores, e se reduzem menos na segunda aplicação, comparados aos do Estudo 1. Já as categorias sem polarização definida têm valores muito semelhantes nos dois estudos. Assim, esses resultados, obtidos com variações nas estratégias metodológicas e com diferentes graus de colaboração dos alunos respondentes, indicam, *grossa modo*, um perfil geral semelhante, sugerindo validade externa dos procedimentos adotados.

Outra questão para análise referiu-se à distribuição das categorias nas diferentes questões apresentadas. Para tanto, foram identificadas as categorias com total bruto igual ou superior a 10 e calculados os valores percentuais dessas categorias. A análise relativa ao Estudo 1 traz os seguintes dados:

Tabela 3. Valores Percentuais por Questão, Para a 1ª e 2ª Aplicações do Estudo 1

Aplicações	Questões	Valores percentuais para as categorias mais frequentes		
		Positiva	Negativa	Sem polarização
1ª apl.	1-homem com cadeira de rodas no shopping	DC: 29,3	PN: 24,4	N: 17,1 C: 19,5
	2-jovem surdo(a) na festa	DC: 57,7	EV: 35,2	-
	3-aluno cego na faculdade	AP: 50,7	PN: 13,7	-
	4-paciente odontológico: moça com síndrome de Down	DC: 54,2	EV: 37,8	IN: 14,6
2ª apl.	1-criança com retardo na piscina	AP: 31,5 AI: 28,5	PN: 14,6	-
	2- médico gastroenterologista cego	DC: 38,4	EV: 38,4	IN: 11,1
	3-funcionária que usa teclado adaptado	AP: 45,6 AI: 44,7	-	-
	4- <u>show</u> musical com intérprete para surdos	AP: 57,9 AI: 23,9	-	-

Como tendência geral, observa-se que as situações que mais suscitaram respostas categorizadas como de polarização positiva foram as relativas ao aluno cego (AP), à criança com retardo na piscina (AP, AI), à funcionária que utiliza teclado adaptado (AP, AI) e à presença de intérprete para surdos em *show* musical (AP, AI). Percentuais relativamente altos de polarização negativa foram observados para o caso do homem na cadeira de rodas, na categoria Pena/Dó, e na

categoria Evitação, para as seguintes situações: abordagem ao jovem surdo(a), atendimento odontológico à moça com síndrome de Down e consulta a um médico cego. Nesses casos, com exceção das consultas ao médico cego, o percentual de respostas com categorização positiva foi superior ao das negativas. A seguir a Tabela 4 apresenta uma análise semelhante para os dados do Estudo 2.

Tabela 4. Valores Percentuais por Questão Para a 1ª e 2ª Aplicações (Apl.) do Estudo 2

Questões	Valores percentuais para as categorias mais frequentes					
	Positiva		Negativa		Sem polarização	
	1ª apl.	2ª apl.	1ª apl.	2ª apl.	1ª apl.	2ª apl.
1-cr. c/ retardo na piscina	AP:19,3 AI: 16,7	AP:24,5 AI:24,5	PN:31,3	PN:28,3	C: 12,0	-
2-cliente odont. cr.c/ síndrome de Down	DC:42,1	DC:60,4	EV:50,0	EV:37,7	-	-
3-rapaz c/ cadeira de rodas no shopping	AP:16,7	AP:30,4	PN:44,4	PN:36,9	N:19,4	-
4-jovem advogado parapléxico	AP:47,2	AP:68,1	-	-	C:15,3	-
5-aluno cego na faculdade	AP:33,8	AP:40,5	PN:13,0	-	S:15,6	-
6-cliente odont. moça cega	DC:76,1	DC:72,9	EV:21,1	EV:20,8	-	-
7-grupo de surdos usando língua de sinais	AP:36,1	AP:57,8	-	-	N:19,7 C:19,7	-
8-jovem surdo(a) na festa	DC:51,9	DC:44,9	EV:40,3	EV:44,9	-	-

Como tendência geral, observa-se predominância de respostas de categorias com polarização positiva (AP, DC) relativas às situações de consulta a um advogado paraplégico, observação de um aluno cego universitário, atendimento odontológico a uma moça cega e observação de um grupo de surdos utilizando língua de sinais. Em várias das questões, as respostas indicaram mescla de polarização positiva e negativa (DC, EV) nas questões 1, 2 e 8, e em um caso predominou a polarização negativa (PN), questão 3.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os resultados mostraram uma tendência geral de maior número de respostas com polarização positiva por parte dos alunos, a qual aumentou após as aulas relativas a Pacientes Especiais. Em vários casos, observou-se, também, incorporação de argumentos apresentados nas aulas, nas respostas após o módulo.

As respostas com polarização negativa, que expressavam pena e receio de interagir com as pessoas retratadas nos exemplos, diminuíram após as aulas e passaram a aparecer frequentemente associadas à categoria “disposição para contato ou ação”. O exame dessas respostas indica, em muitos casos, a descrição de uma situação que inicia com receio e prossegue com a disposição de busca de informações para, finalmente, partir para a interação com a pessoa (ex: capacitar-se para interagir com surdos). Isso ficou especialmente claro nas perguntas sobre atendimento odontológico, em que a manifestação inicial de receio era muitas vezes seguida por busca de informações e disposição para atendimento.

Dessa forma, a oferta de informações relevantes pode desencadear mudanças no estudante de odontologia em vários aspectos, não apenas relativos a técnicas de atendimento, mas também em valores e disposições afetivas.

No que se refere às análises quanto ao foco na pessoa ou nas ações inclusivas, houve um predomínio de respostas com foco na pessoa, o que se deveu, principalmente, ao tipo de pergunta feito, com descrição de situações específicas. Entretanto, após o módulo, houve um aumento nas respostas com foco nas ações inclusivas, em que os alunos trouxeram exemplos do cotidiano e utilizaram informações apresentadas nas aulas.

Comparando-se esses resultados aos dados de AlSarheed e cols. (2001), observa-se que esses autores obtiveram um total significativo de verbalizações positivas quanto ao atendimento a pessoas com deficiência. Entretanto, ressaltaram o fato de não haver indicativos sobre se esta disposição estaria

relacionada a políticas inclusivas ou a aspectos restritos do atendimento propriamente dito. Também no presente estudo, observou-se a disposição para atendimento, sem que se saiba, exatamente, como seria a atuação do odontólogo. De qualquer forma, a expressão de uma disposição favorável e a abertura do diálogo sobre a inclusão social, de forma ampla, provavelmente favorecem a capacitação técnica e a viabilização de diferentes medidas para o atendimento odontológico inclusivo.

Quanto à diferença entre a quantidade de respondentes nos estudos 1 e 2, em que os maiores totais foram observados no Estudo 1, uma das hipóteses aventadas envolveu o número e variação nas questões a serem respondidas. No Estudo 1, os alunos tinham de responder a quatro questões antes do módulo e a quatro questões diferentes, depois do módulo de ensino. Já no Estudo 2, para fins de controle do instrumento, as mesmas oito questões foram apresentadas antes e depois das aulas, o que pode ter reduzido a disposição para responder novamente a um conjunto de oito questões.

Já foi mencionado o fato de que o Conselho Federal de Odontologia reconheceu como especialidade a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Isto pode significar o reconhecimento da importância e especificidade da área por parte da profissão odontológica. Ao mesmo tempo, tem-se observado que diversas escolas de odontologia têm criado serviços especializados para atenção a esses pacientes, o que pode, de certa forma, implicar no fortalecimento de ações de segregação. Essa prática vai contra as propostas inclusivas e não favorece a formação do aluno com uma atitude inclusiva abrangente que não se restrinja à capacitação técnica para o atendimento.

De acordo com a perspectiva inclusiva, seria importante buscar estratégias de atendimento na clínica regular, junto aos pacientes sem deficiência, sempre que possível. Consideramos que, no caso das pessoas com deficiência, isso pode ser viabilizado com a adoção de medidas simples de acessibilidade e de capacitação do profissional para a interação com esses pacientes.

A disposição favorável, aliada a uma capacitação mínima, pode levar o aluno a atender pacientes especiais e a verificar que a maioria das dificuldades pode ser superada no processo de atuação, especialmente quando realizado sob supervisão qualificada. Tal aluno, por sua vez, passa a ser um agente promotor de ações de inclusão. Algo semelhante foi constatado por Atkins (1974), que obteve respostas mais favoráveis por parte dos

odontólogos que haviam efetivamente atendido pessoas com deficiência mental. Trata-se, assim, de um processo de modificações constantes em modos de pensar, sentir e agir, no qual o indivíduo é sempre um agente importante para produzir mudanças, e ao mesmo tempo, sujeito às influências de seu meio, com destaque para o ambiente educacional.

O presente estudo indicou que os alunos, em geral, estão predispostos a ações inclusivas, e podem aproveitar-se das informações disponíveis nas áreas das ciências humanas, notadamente a psicologia. De fato, a psicologia detém conhecimentos sobre fatores que influem nas interações entre indivíduos e sobre o processo de desenvolvimento humano em situações regulares e adversas. Assim, a capacitação dos estudantes de odontologia pode receber importante contribuição dessa área de conhecimento, especialmente no que se refere ao atendimento de pacientes especiais.

REFERÊNCIAS

- AlSarheed, M., Bedi, R. & Hunt, N. P. (2001). Attitudes of dentists, working in Riyad, toward people with a sensory impairment. *Special Care in Dentistry*, 21(3), 113-116.
- Amaral, L. A. (1996). Deficiência: questões conceituais e alguns de seus desdobramentos. *Cadernos de Psicologia*, 1, 3-12.
- Atkins, G. D. (1974). Dentistry for the handicapped. *Ontario Dentist*, 51(12), 10-13.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado.
- Brasil (2001). *Ministério da Educação: diretrizes nacionais para a educação especial*. MEC/SEESP: Imprensa Oficial do Estado.
- Brasil (2002). *Resolução nº 23/2002 do Conselho Federal de Odontologia*. Diário Oficial da União. Seção I, de 28/05/2002, 148-149.
- Brasil (2004). *3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social*, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- Coyle, C., Saunderson, W. & Freeman, R. (2004). Dental students, social policy students and learning disabilities: Do differing attitudes exist? *European Journal of Dental Education*, 8(3), 133-139.
- Daniels, H. & Garner, P. (Orgs.) (1999). *Inclusive education-World Yearbook of Education 1999*. Londres: Bogan.
- Goffman, E. (1999). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Mazzotta, M. J. S. (1996). *Educação especial no Brasil: história e políticas públicas*. São Paulo: Cortez.
- O'Donnell, D. O. (1985). Barriers to dental treatment experienced by a group of physically handicapped adults in Hertfordshire, England. *Quintessence International*, 3(Special Report), 225-228.
- Omote, S. (s/d). *A família do deficiente: considerações sobre o tratamento odontológico do deficiente e a carreira moral da sua família*. Apostila.
- Pessotti, I. (1984). *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: Quatro/EDUSP.

Recebido em 14/07/2005

Aceito em 30/09/2005

Endereço para correspondência: Antonio Bento Alves de Moraes. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP, Av. Limeira 901, CEP 13414 018, Piracicaba-SP, Brasil.. E-mail: abento@fop.unicamp.br