

"Era pra Eu Ter Conseguido Fazer ao Menos Alguma Coisa": Protocolos, Frustrações e Silenciamentos Emocionais no Atendimento Odontológico a Pacientes com Deficiência

"I Should Have Been Able to Do at Least Something": Protocols, Frustrations, and Emotional Silencing in Dental Care for Patients with Disabilities

"Se Suponía que al Menos Debía Haber Logrado Hacer Algo": Protocolos, Frustraciones y Silenciamientos Emocionales en la Atención Odontológica a Pacientes con Discapacidad

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento a PcDs. **Método:** Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, baseado no Método Clínico-Qualitativo, realizado com seis cirurgiões-dentistas do serviço privado de Piracicaba (SP), utilizando entrevistas semiestruturadas em profundidade analisadas por Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativo. **Resultados:** Emergiram três categorias: "Os protocolos na formação odontológica e o manejo dos casos: caminhos que facilitam ou rigidez que limita?", "Entre o idealizado e o possível, surge a frustração" e "A angústia do profissional frente às próprias emoções durante o cuidado". **Conclusão:** O atendimento odontológico a PcDs envolve desafios que ultrapassam a técnica, expondo dificuldades emocionais pouco abordadas na formação. A rigidez dos protocolos limita a autonomia dos profissionais, gerando frustração e insegurança diante de casos complexos. Sem preparo para lidar com as próprias emoções, muitos acabam silenciando seu sofrimento durante o exercício da prática clínica.

DESCRIPTORES: Percepção. Dentistas. Pessoas com Deficiência. Clínicas Odontológicas.

ABSTRACT

Objective: To understand dentists' perceptions of dental care for people with disabilities. **Method:** A qualitative phenomenological study based on the Clinical-Qualitative Method, conducted with six dentists from the private sector in Piracicaba, São Paulo, using in-depth semi-structured interviews analyzed through Clinical-Qualitative Content Analysis. **Results:** Three categories emerged: "Protocols in dental education and case management: facilitating paths or limiting rigidity?", "Between the ideal and the possible, frustration emerges," and "Professional distress in facing one's own emotions during care." **Conclusion:** Dental care for people with disabilities involves challenges that go beyond technical aspects, revealing emotional difficulties rarely addressed in professional training; rigid protocols limit professional autonomy, generating frustration and insecurity in complex cases, and the lack of preparation to deal with one's own emotions leads many professionals to silence their suffering during clinical practice.

DESCRIPTORS: Perception. Dentists. People with Disabilities. Dental Clinics.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la percepción de los cirujanos-dentistas sobre la atención odontológica a personas con discapacidad. **Método:** Estudio cualitativo de enfoque fenomenológico, basado en el Método Clínico-Cualitativo, realizado con seis cirujanos-dentistas del sector privado de Piracicaba, São Paulo, mediante entrevistas semiestruturadas en profundidad, analizadas a través del Análisis de Contenido Clínico-Cualitativo. **Resultados:** Emergieron tres categorías: "Los protocolos en la formación odontológica y el manejo de los casos: ¿caminos que facilitan o rigidez que limita?", "Entre lo idealizado y lo posible, surge la frustración" y "La angustia del profesional frente a sus propias emociones durante el cuidado". **Conclusión:** La atención odontológica a personas con discapacidad implica desafíos que superan la dimensión técnica, evidenciando dificultades emocionales poco abordadas en la formación profesional; la rigidez de los protocolos limita la autonomía del profesional, generando frustración e inseguridad ante casos complejos, y la falta de preparación para manejar las propias emociones lleva a muchos a silenciar su sufrimiento durante la práctica clínica.

DESCRIPTORES: Percepción. Odontólogos. Personas con Discapacidad. Clínicas Odontológicas.

RECEBIDO EM: 26/01/2026 APROVADO EM: 03/03/2026

Como citar este artigo: Castellari MTC, Arato CVB, Furian CS, Gondinho BVC, Gomes VR, Bastos RA, Oliveira MCO, Guerra LM. "Era pra Eu Ter Conseguido Fazer ao Menos Alguma Coisa": Protocolos, Frustrações e Silenciamentos Emocionais no Atendimento Odontológico a Pacientes com Deficiência. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2026 [acesso ano mês dia];17(106):19544-19559. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2026v17i106p19544-19559

ID Mayla Thais Castellari
 Mestre - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6529-9029>

ID Caio Vieira de Barros Arato
 Mestre e Doutorando - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4124-5728>

ID Carolina dos Santos Furian
 Mestranda - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7494-8302>

ID Brunna Verna Castro Gondinho
 Doutor - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1061-4407>

ID Vitor Rafael Gomes
 Discente - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
 ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8350-6597>

ID Rodrigo Almeida Bastos
 Doutor - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6050-6279>

ID Michelli Caroliny de Oliveira
 Mestre e Doutoranda - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9628-2898>

ID Luciane Miranda Guerra
 Doutora - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7542-7717>

INTRODUÇÃO

Estima-se que exista cerca de 1 bilhão de pessoas com algum tipo de deficiência em todo o mundo¹⁻³. No Brasil, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, esse número corresponde a aproximadamente 14,4 milhões de indivíduos⁴⁻⁶. A Lei nº 13.146/2015, que institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência, estabelece em seu Artigo 2º que são consideradas Pessoas com Deficiência (PcDs) aquelas que apresentam impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, ao interagirem com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais⁷.

PcDs são definidas como indivíduos que apresentam algum tipo de alteração, com causas de natureza biológica,

mental, social, comportamental ou física, exigindo, na maioria dos casos, cuidados específicos e diferenciados dos demais, seja por um período determinado ou por toda a vida^{8,9}. De acordo com o diagnóstico, esses indivíduos podem ser classificados em categorias como desordens físicas, mentais, anomalias congênitas, transtornos psiquiátricos, distúrbios comportamentais, doenças infectocontagiosas, distúrbios sensoriais e de comunicação¹⁰. Para o Ministério da Saúde, o deficiente é aquele que apresenta uma ou mais restrições, temporárias ou permanentes, relacionadas à saúde mental, física, emocional, ao crescimento ou a condições médicas, incluindo desde doenças hereditárias e defeitos congênitos até doenças sistêmicas, alterações comportamentais e envelhecimento. Fatores que, em conjunto, podem dificultar ou inviabilizar a aplicação de abordagens convencionais no atendimento odontológico^{6,11,12}.

As denominações atribuídas a esse grupo de indivíduos passaram por diversas modificações ao longo do tempo, desde "Indivíduo Excepcional" até a atual terminologia "PcD", consolidada pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2009. No contexto odontológico, o Conselho Federal de Odontologia, reconhecendo que esses indivíduos demandam uma abordagem diferenciada, adotou a expressão "Pacientes com Necessidades Especiais (PNE)"^{13,14}. Frequentemente, esses pacientes apresentam limitações decorrentes de suas condições de base, o que dificulta a cooperação durante o atendimento. Essa realidade compromete significativamente a manutenção de uma higiene bucal adequada, resultando em maior incidência de cárie dentária, doença periodontal, edentulismo, traumas orais e higiene bucal deficiente¹¹. Ademais, a má higiene oral repercute negativamente na saúde geral

do indivíduo, sendo influenciada por fatores como dificuldades de coordenação motora, tônus muscular reduzido em bochechas e língua, além do uso de medicamentos que provocam efeitos colaterais como xerostomia¹⁵.

Nesse contexto, a Odontologia deve direcionar sua atenção às PcDs, considerando suas especificidades e necessidades, sobretudo diante das limitações de acesso aos cuidados odontológicos e da possível falta de preparo de cirurgiões-dentistas, o que pode levar ao encaminhamento indevido desses pacientes para a atenção hospitalar^{4,5,15}. Assim, torna-se essencial fornecer orientações adequadas aos cuidadores e/ou responsáveis, contribuindo para a promoção da saúde bucal e a redução de complicações evitáveis¹⁶. Cabe destacar que a responsabilidade pelo cuidado em saúde bucal do deficiente deve ser compartilhada entre todos os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tanto no setor público quanto no privado. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a maior parte dos casos pode e deve ser manejada na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo o encaminhamento à atenção especializada reservado apenas para situações de maior complexidade ou difícil manejo¹⁷. Sabendo que uma importante parcela dos pacientes não são absorvidos pelo SUS e buscam, dessa forma, o serviço privado para atendimento, os cirurgiões-dentistas do serviço privado tornam-se figuras importantes no cuidado à saúde bucal desses pacientes. No serviço público, o cirurgião-dentista atua em equipe multidisciplinar, com suporte emocional e acesso a serviços de referência, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Já na prática privada, geralmente trabalha de forma isolada, sem apoio emocional ou estrutura para encaminhamentos. Diante disso, é relevante investigar a vivência desses profissionais no atendimento a pessoas com deficiência (PcDs).

Balint (1988)¹⁸, ao investigar teórica e praticamente a relação entre médico

e paciente, evidencia o papel do profissional de saúde como elemento central na dinâmica clínica, ressaltando que as emoções envolvidas nessa relação extrapolam a esfera pessoal e influenciam diretamente a prática profissional, sendo o reconhecimento desse aspecto capaz de contribuir para uma atuação mais segura e empática. Essa perspectiva nos leva a refletir sobre a importância de compreender a percepção dos cirurgiões-dentistas no atendimento a PcDs, de modo a aprofundar o entendimento sobre os fenômenos que envolvem essa prática. Diante da relevância social da saúde bucal das PcDs e da dificuldade já amplamente descrita na literatura em relação ao atendimento desse público por parte de uma parcela significativa dos profissionais, justifica-se a necessidade de explorar suas percepções como forma de subsidiar estratégias que favoreçam um cuidado mais qualificado e inclusivo.

MÉTODOS

Visão geral

A metodologia deste estudo foi delineada com base na fenomenologia e detalhada através do Método Clínico-Qualitativo (MCQ)^{19,20}, possibilitando a exploração das percepções dos cirurgiões-dentistas do serviço privado do município de Piracicaba, São Paulo, sobre o atendimento odontológico de pacientes com deficiência. Foram conduzidas entrevistas em profundidade, com perguntas abertas, visando abordar o tema de forma flexível e obter informações, percepções e experiências das entrevistadas em seus ambientes de trabalho²¹.

Amostragem e recrutamento

A população estudada contemplou 06 cirurgiões-dentistas que trabalham no serviço particular, em um município de aproximadamente 407 mil habitantes na região sudeste do Brasil. 04 atuam em dois serviços distintos, ou seja, prestam serviço em mais de uma

clínica e 02 atuam em seus consultórios próprios. O critério de inclusão foi: ser cirurgião-dentista atuante em clínicas odontológicas privadas do município de Piracicaba, São Paulo, que aceitarem participar, com as respectivas autorizações pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinadas pelos mesmos.

O critério de encerramento amostral ocorreu por saturação, na qual todas as participantes do universo de pesquisa foram entrevistadas. A amostra foi por conveniência, levando em consideração o acesso aos participantes, isto é, a locomoção e distância até os consultórios abordados na cidade. Inicialmente, um estudo foi realizado para testar a adequação do roteiro com duas profissionais pertencentes à população estudada e que atendiam aos critérios de inclusão. O propósito da aculturação foi compreender profundamente as perspectivas, valores, normas e comportamentos dos participantes, observando e vivenciando suas práticas culturais de forma direta²². 05 cirurgiões-dentistas se recusaram a participar da pesquisa, não respondendo mais ao contato da pesquisadora.

A pesquisadora realizou o contato inicial com os profissionais cirurgiões-dentistas que atendem em consultório particular via *Google Meet* e no consultório do entrevistado. Após explicação sobre a entrevista e aceite ao convite para participar, foi entregue, discutido e assinado o TCLE.

Aprovação ética

Este estudo foi realizado em conformidade com a mais recente revisão da Declaração de Helsinque, que estabelece os padrões éticos, seguindo as diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade de Campinas (FOP/Unicamp). O projeto foi aprovado sob o número 75470923.2.0000.5418 no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética da Plataforma Brasil²³.

Coleta de dados qualitativos

As entrevistas foram iniciadas apenas após a obtenção da assinatura do TCLE. Quanto ao método de coleta de dados, empregou-se a entrevista com roteiro semiestruturado, caracterizada por incluir questões fundamentais embasadas em teorias e hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa. Este formato, por sua vez, propicia o surgimento de novas teorias e perguntas decorrentes das respostas das participantes. Além disso, destaca-se pela presença ativa e consciente da pesquisadora no processo de coleta de informações²⁴.

O roteiro da entrevista foi elaborado com a seguinte questão disparadora: “*O que é para você um paciente com deficiência?*”, pergunta essa que norteou o início da entrevista juntamente com perguntas auxiliares, adicionadas no decorrer da entrevista para responder a pergunta de pesquisa. No final de cada entrevista, questionou-se cada participante sobre seu estado emocional e se havia o desejo de compartilhar alguma informação adicional. Todos os detalhes do momento da entrevista, como tom de voz, postura e descrição do ambiente, foram cuidadosamente registrados em um caderno de campo. Os dados foram submetidos a tratamento e validação por meio de discussões entre pares com os pesquisadores do Grupo de Estudos em Pesquisa Qualitativa (GEPEQ) da FOP/Unicamp. Este grupo, constituído por uma equipe multidisciplinar composta por um enfermeiro e quatro cirurgiões-dentistas com experiência em entrevistas, analisou o desempenho e ofereceu sugestões referentes ao conteúdo do guia de entrevista e à postura da entrevistadora.

A pesquisadora responsável conduziu as entrevistas via *Google Meet* e consultório odontológico do entrevistado, sem a presença de observadores, e com duração média de 50 minutos por entrevista. As entrevistas foram registradas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra pela entrevistadora, preservando a fidelidade das falas para

uma posterior categorização e sistematização. Para garantir o anonimato das participantes nas transcrições, substituíram-se seus nomes por nomes fictícios.

Análise de dados

Os dados foram coletados e analisados por meio da aplicação da Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativo (ACQC)²⁰. Essa análise integra o MCQ, especialmente aplicado no campo da saúde. Essa abordagem analítica engloba um processo de organização, compreensão e interpretação do material obtido por meio da transcrição das entrevistas e compreende sete etapas a serem executadas sequencial ou simultaneamente²⁵.

Quadro 1. Principais característica dos entrevistados

	Idade	Sexo	Tempo de formação	Especialidade de atuação
E1	28	Feminino	4 anos	generalista
E2	31	Masculino	9 anos	implantodontista
E3	27	Feminino	4 anos	odontopediatra
E4	32	Masculino	7 anos	generalista
E5	31	Feminino	7 anos	ortodontista e generalista
E6	28	Feminino	4 anos	generalista

Fonte: autoria própria, 2026.

A análise clínico-qualitativa das falas provenientes das entrevistas demonstrou a emergência de 03 categorias temáticas:

1. Os protocolos na formação odontológica e o manejo dos casos: caminhos que facilitam ou rigidez que limita?
2. Entre o idealizado e o possível, surge a frustração
3. A angústia do profissional frente às próprias emoções durante o cuidado

1) Os protocolos na formação odontológica e o manejo dos casos: caminhos que facilitam ou rigidez que limita?

As falas dos participantes demonstraram que a ênfase no atendimento cal-

RESULTADOS

Foram entrevistados 06 cirurgiões-dentistas atuantes na esfera privada no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil. As entrevistas foram realizadas no período de abril a maio de 2025, sendo que três foram realizadas nos consultórios odontológicos onde esses dentistas atuam e três foram realizadas de forma remota através do *Google Meet*, de acordo com a preferência e conveniência apresentada por cada entrevistado. As principais características, como idade, sexo, tempo de formação e atuação em especialidade de cada entrevistado estão disponíveis no quadro um.

cado em protocolos - muito característica da formação odontológica - embora necessária, pode eventualmente tirar a autonomia e liberdade de atuação do estudante, gerando insegurança durante o manejo; os protocolos engessam o raciocínio clínico de modo que eventuais necessidades de improvisos e de atuações que fujam a tais protocolos gerem insegurança e até mesmo auto-questionamentos dos profissionais sobre sua capacidade técnica.

“[...] porque na faculdade a gente, a questão do manejo, até com crianças, né, quando exige o manejo eu me sinto despreparada e a gente fala assim: poxa vida, eu sou uma profissional da saúde que eu tenho que liberar um paciente que precisava de atendimento e eu não consegui cumprir o meu papel na vida dele, então, assim, isso... me faz.... eu sentir de-

cepcionada comigo mesma e.... e... decepcionada em pensar, talvez não o paciente, talvez o paciente não tenha.... não tenha noção, mas por exemplo a mãe, que vem numa expectativa do paciente conseguir ser atendido e não é, aí... a gente... pensa: passei vergonha com a mãe, que não consegui atender, às vezes a gente se cobra também né, o que que mãe vai pensar de mim como profissional, o que o responsável da clínica vai pensar de mim como profissional, isso é bem... é, causa uma decepção muito grande." (E1)

"Dá uma ansiedade porque você tem que pensar rápido, você tem que entender assim, o que que eu posso alterar aqui (em relação ao protocolo estabelecido na graduação) pra trazer mais conforto pro paciente, então assim dá uma sensação de ansiedade sim, né, sobre... a questão de pouco tempo de planejamento, de preparo, né, mais..." (E6)

"Não foi um ato de desespero, mas foi... a única coisa que restou, ou era isso ou a criança ia embora com abscesso e... e passar por uma situação infinitamente mais perigosa, [...] mas eu, eu me senti, como se eu tivesse uma atitude desesperada né..." (E6)

2) Entre o idealizado e o possível, surge a frustração

As falas dos entrevistados apontaram para a complexidade de se lidar com as situações em que os resultados obtidos na prática não coincidem com o esperado pelo profissional:

"Você fala: nossa, era pra eu ter conseguido fazer ao menos alguma coisa, não consegui fazer absolutamente nada, então a gente se sente incapaz, se sente angustiado, vai embora, você passa o dia pensando, você..." (E1)

"Olha... de certa forma é frustrante né, porque você tentou de várias formas (risos) não conseguiu dessensibilizar (risos) e aí você ficou lá um tempão conversando.. e.. não conseguiu conduzir nada" (E2)

3) A angústia do profissional frente às próprias emoções durante o cuidado

Há uma clara preocupação do profissional com o manejo técnico do paciente, contudo, não se observa a preocupação do profissional em manejar seus próprios afetos diante das situações que claramente sensibilizam-no. Pelo contrário, o que se pode perceber é uma preocupação em "abafar" seus sentimentos.

"Como que é... abafar esse sentimento... (pausa longa) eu não vou saber muito bem te explicar assim em palavras sabe, como que é abafar este sentimento, é mais, é... você... saber... que as suas emoções pessoais ali, suas emoções humanas elas, não, não devem ser... não devem aflorar num momento que você precisa ter seriedade né, então seu profissional tem que falar mais alto e ter segurança pessoal" (E6)

"Eu tento suprimir, é, assim, abafar a... essa ansiedade, pra, pra demonstrar segurança e o paciente acabar tendo confiança na gente né, mas fica sempre, acho que eu qualquer procedimento, por mais que que a pessoa esteja acostumada, sempre... fica aquele resquíciozinho de ansiedade..." (E6)

DISCUSSÃO

O presente estudo inova a discussão sobre o atendimento odontológico a pacientes com deficiência na medida em que traz à luz a subjetividade do cirurgião-dentista frente a esse atendimento, enquanto a maioria dos estudos da literatura se restringe às questões técnicas envolvidas nesse cenário. E conhecer o conteúdo simbólico contido nesse atendimento é importante, já que pode-se revelar as complexidades desse atendimento. E conhecendo-as é possível elaborá-las e criar estratégias para enfrentá-las, de modo a viabilizar e qualificar esse atendimento.

Desse modo, ao ouvir os significados dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento a PcDs, alguns aspectos foram marcantes. As falas evidenciaram tensões entre a padronização do atendimento clínico através de protocolos e a

necessidade de respostas mais flexíveis e criativas frente à singularidade dos casos. Durante a formação odontológica os protocolos clínicos são os guias da prática clínica. Isso é norteador da formação e sua importância é incontestável. Contudo, quando a aplicação dos protocolos é rígida demais, o profissional corre o risco de ter sua autonomia e criatividade limitadas. Em situações que exigem improvisação e adaptação, as respostas podem não ocorrer no tempo e na medida em que são necessárias²⁶.

A formação odontológica, ao privilegiar o domínio técnico-procedimental dentro de parâmetros estritos, pode comprometer o desenvolvimento de um raciocínio clínico mais criativo e responsivo. O enfoque em protocolos rígidos parece ser adequado às necessidades visíveis apenas durante o atendimento. Essa rigidez se traduz em insegurança e autoquestionamento, principalmente quando o profissional se vê diante de contextos que demandam estratégias fora do escopo protocolar. A clínica, nesse sentido, deixa de ser um campo de construção de soluções singulares e passa a ser experimentada como um espaço de cobrança e inadequação. A formação dos profissionais de saúde vem passando por transformações, com o objetivo de desenvolver uma atuação mais abrangente e voltada para a promoção de mudanças sociais. Nesse cenário, a atenção à saúde dos PcDs assume papel relevante, considerando as múltiplas barreiras que dificultam seu acesso aos serviços, como limitações na comunicação, ausência de empatia por parte dos profissionais, obstáculos arquitetônicos e inadequações instrumentais²⁷.

Especialmente no que diz respeito à formação acadêmica na odontologia, lacunas significativas ainda se apresentam para o atendimento de PcDs, o que frequentemente resulta em encaminhamentos desnecessários para os serviços de atenção secundária e no consequente aumento da demanda nesse nível de atenção. Essa realidade evidencia a importância de incluir, nos currículos

de graduação, conteúdos específicos voltados à odontologia para PcDs, de modo a capacitar os profissionais para o manejo adequado desses pacientes, tanto do ponto de vista técnico quanto comportamental. Considerando que a odontologia ainda é fortemente marcada por uma prática tecnicista, que tende a despersonalizar o paciente, o atendimento a PcDs torna-se um desafio ainda maior, reforçando a urgência de uma formação que promova uma abordagem mais humanizada e preventiva, capaz de assegurar melhor qualidade de vida a esse público²⁸.

Nesse contexto, observa-se ainda uma dificuldade persistente em priorizar a dimensão humana do cuidado em relação à valorização excessiva da técnica odontológica. O tecnicismo, amplamente reforçado e exigido na prática clínica, continua sendo concebido como o principal determinante do êxito terapêutico. Observa-se ainda uma tendência em distinguir os pacientes considerados mais fáceis daqueles vistos como mais difíceis, revelando uma preferência por atender pessoas que se aproximem de um perfil passivo e previsível, semelhante ao ambiente controlado dos treinamentos clínicos da graduação. Essa postura indica uma valorização da aplicação técnica sem interrupções, como se o ideal fosse a execução do procedimento sem a complexidade das interações humanas²⁹.

Apesar dos resultados do método científico tecnicista serem amplamente reconhecidos como válidos, é possível observar que a ciência, ao adotar uma perspectiva objetiva e técnica sobre o mundo, acaba se afastando das experiências subjetivas e existenciais do ser humano. A realidade passa a ser tratada como um conjunto de fatos mensuráveis, passíveis de verificação e experimentação, conforme os critérios estabelecidos por cada área do saber. No entanto, esse tipo de abordagem não contempla adequadamente as dimensões da vida pessoal e cotidiana. A investigação científica, mesmo quan-

do complexa e refinada, tende a seguir um caminho teórico que não alcança a riqueza do mundo vivido, deixando de lado aspectos fundamentais da existência humana²⁹.

O ideal técnico, frequentemente reforçado durante a formação, não se sustenta frente às complexidades da realidade clínica, gerando frustrações intensas nos profissionais. Essa discrepância entre o que se projeta como resultado esperado e o que efetivamente se consegue realizar mobiliza sentimentos de incapacidade e frustração, indicando que o processo formativo, ao não contemplar suficientemente os aspectos imprevisíveis do cuidado, contribui para um modelo de atuação marcado por fraturas emocionais. Nesse contexto, a impossibilidade de atingir os objetivos idealizados não é apenas técnica, mas também subjetiva, pois afeta diretamente a identidade e a autoestima do profissional.

Embora haja uma preocupação evidente com o manejo técnico do paciente, há um silenciamento sistemático das emoções que emergem durante o cuidado. Em vez de lidar com os próprios afetos de maneira consciente e elaborada, os profissionais tendem a suprimi-los, tentando demonstrar uma postura de controle e segurança. Essa tentativa de "abafar" sentimentos como ansiedade, medo ou frustração não apenas revela uma dimensão emocional negligenciada na formação odontológica, como também escancara a carga psíquica envolvida no exercício clínico. A ausência de espaços formativos e institucionais para o acolhimento e discussão das emoções do profissional de saúde contribui para um modelo de atuação que valoriza a racionalidade técnica em detrimento da dimensão subjetiva do cuidado. Como consequência, a clínica se torna um espaço de sobrecarga emocional silenciosa, na qual o sofrimento do profissional é invisibilizado e, por vezes, naturalizado.

Das falas relacionadas a esse fenômeno emergiu a categoria *A angústia*

do profissional frente às próprias emoções durante o cuidado, que nos leva a refletir sobre o peso da repressão de emoções durante o trabalho. Garcia *et al.*³⁰, ao pesquisarem os meios utilizados por técnicos de enfermagem para enfrentar o sofrimento ocupacional em um pronto-socorro em 2016 encontrou, dentre outras, a estratégia da separação entre a vida pessoal e a profissional. Evidentemente se o trabalhador conseguir assumir que há um mundo do trabalho e outro mundo onde se passa o restante de toda a sua vida, isso lhe será saudável. Melhor ainda, se, além disso, ele puder transitar entre esses dois mundos diariamente e se distanciar do mundo do trabalho ao final de cada jornada, a fim de aliviar o desgaste decorrente do cotidiano laboral. Entretanto, como ressaltam os autores, não há fórmula para isso. E, sabidamente, tal separação não é uma estratégia simples, tampouco fácil. No presente estudo, embora não emergissem falas no sentido dessa separação, ficou clara a falta de manejo com o próprio sofrimento, que emana desses atendimentos.

Depreende-se, portanto, que o atendimento odontológico a PcDs não demanda apenas domínio técnico do profissional, mas também exige sensibilidade para lidar com as complexidades emocionais e subjetivas que emergem durante a prática clínica, sejam elas dos pacientes ou dos próprios profissionais. A formação, ainda fortemente pautada pelo tecnicismo, pouco prepara o cirurgião-dentista para enfrentar os desafios que extrapolam os protocolos e que exigem flexibilidade no manejo. A ausência de espaços institucionais e formativos que considerem a dimensão emocional do cuidado contribui para um cenário de sofrimento silencioso e reiterado desses profissionais.

CONCLUSÃO

O atendimento odontológico a PcDs revela uma realidade marcada por desafios que vão além da técnica, eviden-

ciando implicações subjetivas na prática clínica. A formação odontológica limita a autonomia e a capacidade de adaptação frente à complexidade dos casos reais, gerando sentimentos de frustração

e insegurança. A distância entre o ideal projetado e as possibilidades concretas do cuidado leva à vivência de angústias que, muitas vezes, são silenciadas ou reprimidas no exercício profissional. A

ausência de preparo para o manejo das próprias emoções reforça esse sofrimento silencioso.

REFERÊNCIAS

1. Penha ES, Tenório DA, Fonseca FRA, Guênes GMT, Montagna E. Caracterização do componente curricular Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais nos cursos de Odontologia do estado da Paraíba. *Revista da ABENO* 2018; 18(2):13-19.
2. Queiroz FS, Rodrigues MMLF, Cordeiro Junior GA, Oliveira AB, Oliveira JD, Almeida ER. Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. *Rev Odontol UNESP* 2014; 43(6): 396-401.
3. Bonato LL, Lopes MAS, Silva CM, Itner RG, Silva ACH. Situação atual da formação para assistência de pessoas com necessidades especiais nas faculdades de odontologia no Brasil. *Clipe Odonto – UNITAU* 2013; 5(1):10-5.
4. Ferreira SH, Suita RA, Rodrigues PH, Kramer PF. Percepção de estudantes de graduação em Odontologia frente ao atendimento de pessoas com deficiência. *Revista da ABENO* 2017; 17(1):87-96.
5. Sabbagh-Haddad A, López T E, Passos VAB. Momento atual da Odontologia para Pessoas com Deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2016;70(2):132-40.
6. Moretto MJ, Aguiar SMHCA, Alves Rezende MCR. Reflexões sobre a importância da assistência odontológica preventiva e do adequado treinamento dos Cirurgiões-Dentistas para o atendimento de pessoas com deficiência. *Arch Health Invest* 2014; 3(3): 58-64.
7. Veríssimo AH, Azevedo ID, Rêgo DM. Perfil Odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais Assistidos em Hospital Pediátrico de uma Universidade Pública Brasileira. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa* 2013; 13(4):329-35.
8. Varelis MLZ. O paciente com necessidades especiais na odontologia: manual prático. 2nd ed. São Paulo, SP: Santos; 2013.
9. Gonçalves JB. Atendimento odontológico à pacientes com necessidades especiais: uma revisão de literatura (Trabalho de conclusão de curso). Faculdade de medicina da UFMG, Conselheiro Lafaie-te; 2012.
10. Konkiewitz EC. Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência: uma visão transdisciplinar. Dourados, MS: UFGD; 2013.
11. Macêdo GL, Lucena EES, Lopes IKR, Batista LTO. Acesso ao atendimento odontológico dos pacientes especiais: a percepção de cirurgiões-dentistas da atenção básica. *Revista Ciência Plural* 2018; 4(1):67-80.
12. Santos CML, Falcão MML, Souza ALD, Santos MS, Coelho AA. Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais atendidos em um Centro de Especialidades Odontológicas do interior baiano. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2013; v.38, n.1, p.83-94.
13. Fourniol Filho A. Pacientes Especiais e a Odontologia. São Paulo: Santos; 1998.
14. Dias J, Ferreira LC, Gugel MP, Costa Filho WC Organizadores. Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Decreto Legislativo nº 186/2008 Decreto nº 6.949/2009. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2014.
15. Jacomine JC, Ferreira R, Sant'Ana ACP, Rezende MLR, Greggi SLA, Damante CA, Zan-grando MSR. Saúde bucal e Pacientes com Necessidades Especiais: percepções de graduandos em Odontologia da FOB-USP. *Revista da ABENO* 2018; 18(2):45-54.

16. Borges MMB, Oliveira FS, Castro AM, Godoy ARR, Souza LV, Santiago MA. Opinião dos alunos de odontologia sobre o atendimento em pacientes com necessidades especiais. *Rev Horizonte Científico*. 2015;9(2):1-16.
17. Brasil. Ministério da Saúde Política. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2018, 350 p.
18. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
19. Turato ER. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev Saúde Publica*. 2005;39(3):507-14.
20. Turato ER. Treatise on clinical-qualitative research methodology: Theoretical-epistemological constrution, comparative discussion and application in the health and humanities areas. 6th ed. Petrópolis: Vozes; 2018.
21. Fontanella BJB, Campos CJ, Turato ER. Data collection in clinical-qualitative research: use of nondirected interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006; 14(5):812-20.
22. Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, fev, 2011;27(2):389-394.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Plataforma Brasil. <https://plataformabrasil.saude.gov.br>. Acesso em 9 de janeiro de 2026.
24. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
25. Faria-Schützer DB, Surita FG, Alves VLP, Bastos RA, Campos CJG, Turato ER. Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26(1):265-274.
26. Gallian D, Ponde LF, Ruiz R. Humanização, humanismos e humanidades: problematizando conceitos e práticas no contexto da saúde no Brasil. *Rev Int Human Med*. 2012;1(1):41-52.
27. Assunção MLB, Anacleto FNA, Misias-Moreira R, Ferreira Neto AJ, Bedor CNG. Atendimento em saúde à pessoa com deficiência e a formação inicial do profissional de saúde: o que há entre nós? *Rev Bras Educ Espec*. 2020;26(2):327-342.
28. Figueiredo MC, Farias CSS, Führ JS, Gouvêa DB, Marques LX, Potrich ARV. Atendimento odontológico a pessoas com deficiência cognitiva em uma universidade pública no sul do Brasil. *Rev Foco*. 2024;17(6):e5250.
29. Fonseca ALF, Azzalis LA, Fonseca FLA, Botazzo C. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2010;20(2).208-216.
30. Garcia AB, Haddad MCFL, Dellaroza MSG, Rocha FLR, Pissinati PSC. Estratégias utilizadas por técnicos de enfermagem para enfrentar o sofrimento ocupacional em um pronto-socorro. *Rev Rene* [Internet]. 2016. 17(2):285-92. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-790971>.

AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU FILIAÇÕES:

Os autores gostariam de agradecer à equipe da Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, pelo apoio técnico durante esta pesquisa. Este estudo não recebeu financiamento específico. Os autores declaram não haver conflitos financeiros ou pessoais de interesse que possam ter influenciado os resultados deste estudo.