



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE - CCBS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

KAMILLA SOUZA GOIS

HUMANIZAÇÃO NA ODONTOLOGIA
UMA REVISÃO DE LITERATURA

CAMPINA GRANDE - PB

2011

KAMILLA SOUZA GOIS

**HUMANIZAÇÃO NA ODONTOLOGIA
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Odontologia.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas.

CAMPINA GRANDE -PB

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

G616h Gois, Kamilla Souza.
Humanização na odontologia uma revisão de literatura.
[manuscrito] / Nayara Moura Belém. – 2011.

31 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas, Departamento de Odontologia”.

1. Humanização dos serviços odontológicos. 2. Odontologia. 3. Assistência odontológica. I. Título.

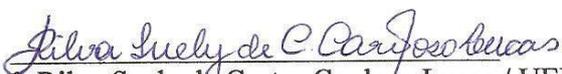
21. ed. CDD 617.6

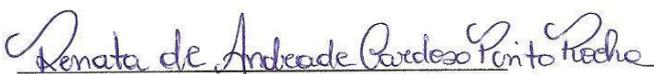
KAMILLA SOUZA GOIS

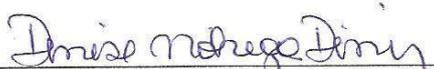
**HUMANIZAÇÃO NA ODONTOLOGIA
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Universidade Estadual
da Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de
Bacharel/Licenciado em Odontologia.

Aprovada em 01/12/2011.


Prof. Dr^a. Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas / UEPB
Examinadora


Prof^a Dr^a Renata de Andrade Cardoso Pinto Rocha / UEPB
Examinadora


Prof. Dr^a . Denise Nóbrega Diniz / UEPB
Examinadora

Dedico o esforço desse trabalho ao meu pai. Francisco de Assis Gois. Eu sei que a nossa separação não é senão momentânea, e que tão longa que me possa parecer, a sua duração se apaga diante da eternidade da felicidade que Deus promete aos seus eleitos. Que a sua bondade me preserve de nada fazer que possa retardar esse instante desejado, e que me poupe assim a dor de não te reencontrar ao sair do meu cativo terreno. Espero, pois, com resignação, o momento da nossa união no mundo mais feliz, no qual me precedeste. Obrigada paiinho por me escolher, obrigada por fazer parte da minha vida. EU TE AMO.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** que me confiaste à vida. Agradeço por tudo que fui, sou e ainda serei.

A **painho e mainha**. Em cada momento pensei no esforço de vocês, por isso estou aqui.

A **minha família** pelo apoio: Tia Edna, Tia Zeza, meu primo Cícero, aos familiares mais próximos agradeço pelo apoio e confiança.

A **Gilmar**, por sempre está por perto nos momentos mais difíceis.

As **minhas amigas e colegas**, por terem transformado momentos tensos em momentos descontraídos de alegria: Jordanna, Lorena, Mariana e Bebel.

A **Professora Renata** pela paciência e disponibilidade, mesmo com esse tempo corrido a senhora conseguiu se dedicar de uma forma carinhosa, obrigada professora pelo tempo e atenção dedicada.

A **professora Rilva**, o nosso tempo foi curto, porém prazeroso, obrigada!

Humanizar É ...

Humanizar é tomar para si a dor alheia num ato de amor extremo.

Humanizar é dedicar-se a outem com a pureza do coração.

Humanizar é tornar-se melhor tendo como intuito apenas o amor.

Humanizar é um exercício gratificante de dedicação e amor.

Humanizar é enxergar o próximo com os olhos do coração.

Humanizar é esmerar-se num ato de amor extremo ao próximo.

Humanizar é dedicar-se com o melhor de si a uma causa ou a alguém.

Humanizar é um ato de amor em que se doa pouco, que, por um milagre, torna-se muito.

Humanizar é a forma de se aproximar da perfeição exalando amor e dedicação a alguém.

Humanizar é um afeto espontâneo em que o doador se sente bem e o receptor sente-se amenizado o seu infortúnio.

JOSÉ LINS.
Lins/SP- 56 anos.
(Texto retirado da internet)

RESUMO

O tema humanização vem crescendo constantemente na área de saúde. O aumento no número de trabalhos publicados sobre esse assunto é fato, e percebido também o aumento na criação de programas político-sociais que visam a humanização. Portanto, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão sistematizada sobre a importância da construção de um cuidado humanizado na odontologia e ainda dentro da mesma temática abordar os conceitos sobre humanização, investigar a contribuição do progresso tecnológico na relação dentista-paciente, bem como esclarecer quais os aspectos éticos e humanizados na formação e profissão do Cirurgião-Dentista. Para tanto utilizou-se uma revisão sistematizada para aprofundamento do tema, baseado em documentos oficiais e trabalhos abordando as dimensões da humanização na saúde, concentrando as considerações nas relações Cirurgião-Dentista-paciente. Concluiu-se que a construção do cuidado humanizado na odontologia pressupõe um compromisso social indispensável, que deve permear desde a formação até o cotidiano profissional, incluindo os aspectos dos avanços tecnológicos e a ética das relações interpessoais das equipes de trabalho em saúde.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Acolhimento. Assistência Odontológica. Saúde Bucal.

ABSTRACT

The theme of humanization has been growing steadily in the area of health. The increase in the number of published papers on this subject is fact, and also noticed the increase in the creation of political and social programs aimed at humanization. There fore, the aim of this study was a systematic review on the importance of building a humanized care in dentistry and even within the same thematic approach the concepts of humanization, to investigate the contribution of technological progress in dentist-patient relationship as well as clarify the ethical and human training and profession of dental surgeon. To contact was used to further a systematic review of the topic, based on official documents and studies concerning the dimensions of the humanization of health, focusing on relations considerations Dentist-patient relationship. It was concluded that the construction of humanized care in dentistry requires a social commitment needed, which should permeate from the formation to the daily work, including aspects of technological advances and ethics of interpersonal relations teams working in health.

Keywords: Humanization of Assistance. Reception. Dental Care. Oral Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	10
2.1	OBJETIVO GERAL.....	10
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3	METODOLOGIA.....	11
a	ESCOLHA DO TEMA	11
b	LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO PRELIMINAR.....	11
c	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	11
d	BUSCA DAS FONTES.....	12
e	LEITURA DO MATERIAL	12
f	PLANO DE TRABALHO E FICHAMENTO	12
g	REDAÇÃO DO TEXTO.....	12
h	TABELA DE ESTUDOS INCLUÍDOS NO PRSENTE TRABALHO	13
4	REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA.....	14
4.1	BREVE CONCEITO SOBRE HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE	14
4.2	HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO ODONTOLÓGICA	15
4.3	HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA	18
4.4	RELAÇÃO INTERPESSOAL DENTISTA-PACIENTE.....	20
4.5	A TECNOLOGIA E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NA ODONTOLOGIA	21
4.6	ASPECTOS ÉTICOS NO PROCESSO DE (DES)HUMANIZAÇÃO NA ODONTOLOGIA.....	24
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
	REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

A humanização das ações em saúde tem sido objeto de inúmeros estudos na atualidade. Perceber a importância deste tema é fator prioritário na formação e na prática do Cirurgião-Dentista, que assume um novo compromisso na prestação de uma atenção mais acolhedora, comprometida e ética com a população sob sua responsabilidade.

Segundo Baraúna (2003) humanizar é acolher a necessidade da articulação de aspectos indissociáveis: o sentimento e o acolhimento. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática na qual o profissional que cuida da saúde do próximo, encontre a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, do imprevisível, do incontornável, do diferente e do singular, reconhecendo os seus limites. A possuir uma pré-disposição para a abertura e o respeito ao próximo como um ser independente e digno.

Para Oliveira; Collet; Viera (2006) atualmente, discute-se a necessidade de humanizar o cuidado, a assistência, a relação com o usuário do serviço de saúde. O SUS instituiu uma política pública que, apesar dos avanços acumulados, hoje, ainda enfrenta fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, precária interação nas equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, entre outros aspectos tão ou mais importantes do que os citados aqui, resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do serviço público de saúde.

Nesse sentido, justifica-se a reflexão sobre a humanização, que deve considerar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento de autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Portanto, considerando-se o que foi exposto, a proposta do presente trabalho é realizar uma revisão sistematizada sobre a humanização na Odontologia, destacando os fatores que levam a um cuidado humanizado durante a formação acadêmica do Cirurgião-Dentista como também na profissão, assim melhorando o vínculo Dentista-paciente sempre reconhecendo-o em sua totalidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão sistematizada sobre a importância da construção de um cuidado humanizado na odontologia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Verificar o conceito de humanização;
- ✓ Investigar o papel do avanço tecnológico no processo da humanização;
- ✓ Observar os aspectos humanizadores durante a formação odontológica;
- ✓ Analisar os aspectos éticos na prática odontológica para a promoção do vínculo Dentista-Paciente.

3 METODOLOGIA

Para a elaboração do presente trabalho a metodologia foi pautada na literatura científica, visando a obtenção de uma Revisão Sistematizada, propondo atingir todos os objetivos propostos, seguindo-se as seguintes etapas:

- a) Escolha do Tema;
- b) Levantamento Bibliográfico Preliminar;
- c) Formulação do Problema;
- d) Busca das Fontes;
- e) Leitura do Material;
- f) Plano de Trabalho e Fichamento;
- g) Redação do Texto;
- h) Tabela.

a) ESCOLHA DO TEMA

A motivação pela escolha do presente tema teve como incentivo um debate ocorrido em sala de aula no desenvolvimento do tema Humanização na Saúde no componente curricular Gestão de Qualidade em Saúde, durante o 9º período do curso de Odontologia da UEPB.

b) LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO PRELIMINAR

Com o objetivo de aprofundar-se com o tema, esta etapa consistiu em um estudo exploratório que levou ao final à delimitação da área de pesquisa. Ou seja, no estudo dos artigos foram selecionados os da área de odontologia especificadamente para a elaboração da revisão sistematizada.

c) FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Durante esta etapa e após a leitura de alguns dos artigos selecionados previamente, identificaram-se as lacunas referentes ao tema escolhido e foi formulado o problema de pesquisa com o cuidado para que o mesmo não se tornasse demasiado amplo e para que se identificasse o enfoque que seria abordado.

d) BUSCA DAS FONTES

Nesta etapa procedeu-se a identificação das fontes que deram suporte à pesquisa. Para a busca das fontes, foram utilizados Manuais do Ministério da Saúde e sites de busca como: MEDLINE (Literatura Internacional de Ciências em Saúde), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico. Os quais dispõem de textos completos por meio de acesso gratuito. Os unitermos utilizados foram: Dentista Humanizado; Problemas éticos na Odontologia; Odontologia Humanizada; Humanização Assistencial e Odontologia.

e) LEITURA DO MATERIAL

Neste trabalho foi realizada a leitura exploratória e a seletiva. A exploratória teve como objetivo verificar se o material selecionado era de interesse à pesquisa. Enquanto a pesquisa seletiva buscou, em uma segunda etapa, selecionar os artigos científicos e material didático em geral, mais atualizados e de maior importância para a pesquisa. Durante essa etapa foram separados e selecionados os trabalhos com o foco no principal: Humanização na Odontologia, dos artigos que comentavam de Humanização na saúde em geral.

f) PLANO DE TRABALHO E FICHAMENTO

A organização do material selecionado permitiu facilidade na busca posterior de informações.

g) REDAÇÃO DO TEXTO

Durante esta última etapa da elaboração desta revisão sistematizada da literatura, a partir do tema escolhido, optou-se por realizar uma revisão e discussão comentada do material selecionado para análise, seguindo-se as recomendações da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), assim como respeitando-se o estilo da pesquisadora.

h) TABELA DEMONSTRANDO OS ESTUDOS INCLUÍDOS NO PRESENTE TRABALHO

Autores/ano	Título	Tipo de estudo	Classificação	Local
LUCATO, 2005	Humanização das relações assistenciais no código de ética odontológica – Resolução 42/2003, de 20 de maio de 2003.	Exploratório/descritivo	Tese	São Paulo
PINHEIRO & OLIVEIRA, 2010	Acolhimento e vínculo da prática do Cirurgião-Dentista.	Estudo/Pesquisa	Artigo	Ceará
AMORIM & SOUZA, 2010	Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional.	Estudo/Pesquisa	Artigo	Rio Grande do Norte
PRADO & GARRAFA, 2006	A bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica.	Estudo/Pesquisa	Artigo	Goiânia
LIMA & SOUZA, 2010	Ética e humanização na formação odontológica.	Estudo/Pesquisa	Artigo	Rio Grande do Norte

4 REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA

4.1 BREVE CONCEITO SOBRE HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

A partir dos anos 90 a idéia de humanização passa a fazer parte do vocabulário da saúde, inicialmente como um conjunto de princípios que criticam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde, que mais tarde são traduzidos em diferentes propostas visando modificar as práticas assistenciais (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Conforme afirmam Vaitsman; Andrade (2005) o núcleo do conceito de humanização é a idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde. Esta noção começou a ser mais amplamente utilizada na área de saúde a partir dos anos 90, e também expressa, ao menos em algumas de suas tendências, as críticas à medicalização da atenção médica, surgidas nas décadas anteriores.

Humanizar consiste simplesmente, em canalizar tais capacidades no sentido de estender e distribuir, integral e igualitariamente à humanidade, uma série de benefícios e resultados considerados propriedades “*sine qua non*” da condição humana. Essas podem ser definidas como: atenção a necessidades básicas de subsistência, por mais variáveis que elas sejam (alimentação, moradia, vestuário...), educação, segurança, justiça, trabalho, acesso a liberdade de associação, de pensamento e de expressão, de ir e vir, de prática política, científica, arte, esporte, tempo livre, culto religioso e, para o que aqui interessa especialmente: o cuidado à saúde. É claro que a definição da qualidade e quantidade dessas necessidades é histórica e culturalmente produzida, e deve ser concebida e realizada de acordo com o que manifestam os homens, e não apenas determinado por “alguns” (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Destaca Baremlitt (2001) que há uma definição que resume humanidade como o funcionamento de toda a espécie humana que vise conseguir que “a todos seja dado o acesso ao que precisam, segundo suas necessidades e a cada um as condições para desenvolver e exercitar suas capacidades”. Especialmente, as necessidades daqueles cujas capacidades sejam decididamente significativas para contribuir que todos tenham suas necessidades satisfeitas e que tais necessidades se definam mais e mais além do que historicamente se considera “básicas”.

Deslandes (2005) mostra que sob o amplo e polissêmico termo de “humanização” potencializam-se essas novas propostas da atenção à saúde da criança, da mulher, da população, enfim. Propostas que põem em destaque o respeito à diferença, a valorização do

protagonismo dos sujeitos (profissionais e pacientes) e a centralidade do diálogo permeando as relações.

Collet; Rozendo (2003) ressaltam que humanizar é, ainda, garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo para serem humanizadas precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quando esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu conhecimento. Pela linguagem faz-se as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que se desumaniza reciprocamente.

Completa Rattner (2003), humanização pode ser uma atitude respeitosa, que considera a pessoa em sua totalidade como alguém que traz seu sofrimento para que a assistência ajude a aliviá-lo. É um conceito amplo, que pode estar inserido num projeto de organização de serviços públicos ou privados, na busca de condições que permitam que seres humanos exerçam sua humanidade, respeitando-se uns aos outros. Estabelece-se, então esse novo, ou resgatado, paradigma da relação profissional da saúde - paciente, ou seja, entre seres humanos.

4.2 HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO ODONTOLÓGICA

Com relação à formação dos profissionais, o ensino e a pesquisa universitários devem ter como um de seus objetivos principais a identificação e/ou proposição de ações que efetivamente causem impacto social, no sentido de melhorar as condições de vida da população. A formação do futuro cirurgião-dentista deve, portanto, observar o SUS, modelo de sistema de atenção em saúde vigente no Brasil, em sua estrutura organizacional e princípios fundamentais. O desafio das Instituições de Ensino Superior está em sair do modelo centrado no diagnóstico, tratamento e recuperação, para um enfoque no diagnóstico integral do processo saúde-doença, na prevenção e na promoção de saúde e na prestação do devido cuidado humano (MORITA; KIRGGER, 2004).

Reconhece Prado; Garrafa (2006) que o conhecimento dos fundamentos teóricos e práticos da bioética é, assim, fundamental para a formação do profissional de saúde, pois favorece a compreensão da realidade numa perspectiva consciente, crítica e interdisciplinar. Ao ler e discutir sobre temas da pauta bioética, o estudante se depara com análises sobre sistemas de valores, crenças e atitudes, que servirão de subsídio para a ponderação ética e deliberação de conduta, desenvolvendo habilidades e capacidades que melhor qualificam para o exercício da assistência em saúde.

As discussões interdisciplinares promovidas pela bioética podem servir como base de mudança no processo de ensino-aprendizagem da ética nos cursos de ciências de saúde. O seu enfoque deve contemplar principalmente os princípios da autonomia dos diversos atores sociais, a pluralidade sociocultural das pessoas, a definição dos conteúdos tendo como referência a responsabilidade científica e social das áreas de saúde. Aos três pontos acima referidos, devem ser agregados, ainda, os princípios da beneficência, da justiça, da excelência (qualidade) e da virtude (GARRAFA, 1995).

A Resolução CNE/CES nº3 fala da importância ao enfoque pautado no paradigma racionalista que passa a ter que ser substituído por uma abordagem multi e interdisciplinar, em que os conteúdos se interpenetram e se comunicam. Há que se pensar da formação voltada para a prática autônoma, privada, para a perspectiva formadora de uma visão estimuladora de ação transformadora em âmbito público, social, coletivo. De acordo com esse modelo, é preciso ver a totalidade e unicidade da prática odontológica, para que seja formado um profissional generalista, com boa formação técnico-científica, humanística e ética, orientado para a leitura crítica da realidade e estimulado e capaz de fazer promoção de saúde (BRASIL, 2002).

Baraúna (2003) concorda com a Resolução CNE/CES nº3 (2002) que apóia com Prado; Garrafa (2006) e acrescenta que o trabalho interdisciplinar na área da saúde pode favorecer a uma multiplicidade de enfoques e alternativas para a compreensão de aspectos que estão envolvidos no atendimento ao paciente. Isto pode colaborar para o estabelecimento de uma nova cultura de respeito e valorização da vida humana no atendimento ao paciente.

Oliveira; Collet; Viera, (2006) completa o raciocínio de Baraúna (2003) dizendo que os principais obstáculos para a constituição e desenvolvimento das equipes interdisciplinares são: o individualismo, as hierarquias injustas dadas pela visão técnica e social do trabalho, a onipotência de cada profissão que acredita paradoxalmente ser “a única e a melhor”, o sentimento de superioridade dos experts por relação ao saber e o saber fazer espontâneo dos usuários, o medo da perda da identidade e à suposta caotização das diferenças, o temor a crítica quando o dispositivo propicia a plena exposição das limitações e erros de cada especialidade e de cada agente, a possível perda de privilégios entre outros aspectos.

Souza (2011) comenta que o conhecimento odontológico fragmentado em disciplinas - as especialidades técnicas, em sua maioria - dificulta a percepção da integralidade do ser humano, que sempre será a um só tempo biológico, psicológico, cultural e social. Consequentemente, predomina um modelo dentista-centrado, ou seja, uma clínica baseada na técnica cirúrgica e em procedimentos reparadores do dente.

Ceccim (2004) concordando com Souza (2011) aponta que, a formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas tornam-se cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas.

Outra característica da odontologia é a ênfase dada ao seu caráter privado. Regida pelas leis do mercado capitalista, a prática odontológica tem concentrado a oferta de serviços junto a grupos de média e alta renda, tendo como um dos seus efeitos mais notórios a limitação do alcance social dos avanços tecnológicos (PINTO, 2000).

Prado; Garrafa (2006) destacam mais um obstáculo encontrado durante a formação acadêmica do cirurgião-dentista: as novas demandas que surgiram na prática da assistência em saúde na atualidade levaram a mudanças diversas. Fundamentalmente, a formação acadêmica para as diferentes carreiras profissionais passou a ser reestruturada, no que tange a conteúdos e a metodologias de ensino, com vistas a um melhor desenvolvimento de competências e habilidades.

Frazão (1998) também considera que a formação odontológica é, em parte, responsável pela manutenção de uma prática centrada na assistência individual, realizada com exclusividade por um sujeito individual, o cirurgião-dentista, no restrito ambiente clínico. Esta concepção tem forte influência no desenvolvimento da ciência e da tecnologia odontológica.

Cabe destacar segundo Amorim (2002) que esse tecnicismo é mantido principalmente pelo ensino odontológico que desconsidera, na maioria das vezes, a produção histórica de saberes e práticas de saúde, ou seja, as dimensões ético-política, social e cultural que estão implicadas nas questões da saúde como um todo e, em particular, na prática odontológica.

Um modelo de ensino não pode priorizar a formação no campo das atividades cognitivas (teóricas) ou no domínio das habilidades psicomotoras (práticas) em detrimento das afetivas (de atitudes), sem que estes três domínios sejam considerados e trabalhados simultânea e igualmente (ESTRELA, 2001).

É importante enfatizar que para Freire (2006) a formação profissional deve ser um processo em que o indivíduo saia capacitado para o trabalho, não como mero executor de tarefas, mas competente, capaz de criar, sempre aliando o pensar o agir e fazer, socialmente engajado e comprometido.

Prado; Garrafa (2006) entram na mesma linha de pensamento com Freire (2006) comentando que a competência profissional implica obviamente no domínio de conhecimentos científicos e técnicos, mas também na capacidade de analisar, de refletir e de posicionar-se no sentido de transformar as condições da saúde e de vida dos assistidos.

Para a Resolução CNE/CES nº3. É preciso ver a totalidade e unicidade da prática odontológica, para que seja formado um profissional generalista, com boa formação técnico-científica, humanística e ética, orientado para a leitura crítica da realidade e estimulado e capaz de fazer promoção de saúde (BRASIL, 2002).

Mudanças nas características atuais dos serviços de saúde bucal provavelmente deverão ocorrer a partir de adequações e mudanças nas formas de ensino nas Universidades, fontes do conhecimento e contato inicial com a profissão. Deslandes (2004) destaca que

obviamente não se muda uma cultura de assistência unicamente com capacitações dirigidas aos profissionais. Mas, certamente, um investimento sério na formação (inclusive desde a graduação) pode, de fato, fortalecer idéias outrora consideradas utópicas ou fora do âmbito e do papel da assistência.

Nesta perspectiva, Durand (2003) concorda com Deslandes (2004) e destaca que torna-se importante que essas discussões não fiquem restritas ao âmbito acadêmico. Os profissionais devem ser continuamente preparados para a superação de suas limitações e para aperfeiçoamento e atualização técnica, a partir da educação permanente, pois o compromisso ético dos profissionais pode ser desenvolvido em qualquer etapa da vida humana.

De acordo com Oliveira; Collet; Viera (2006) seria importante que, durante toda a sua formação profissional, os acadêmicos de graduação ou profissionais que buscam atualização na pós-graduação tivessem contato com professores e equipes de saúde que mostrassem na prática relações em que a humanização e o cuidado com o outro (paciente, usuário do serviço de saúde da família) fossem permeados pelas qualidades já descritas neste texto que resultam na atenção humanizada.

4.3 HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA

Prado; Garrafa (2006) afirmam que para ser equilibrada, equânime, justa, a prática odontológica deve ser consciente, crítica e integral, o que pressupõe estar pautada na educação, na promoção de saúde e na reabilitação necessária, em ação integral (não fragmentada), multi e interdisciplinar, congregando as diversas áreas do conhecimento.

Narvai (2002) coloca que a atuação em odontologia, por ser elitizada, representava uma prática eminentemente mutiladora no setor público até bem pouco tempo. As conquistas constitucionais de 1988 e a construção do SUS proporcionaram crescentes melhorias na atenção em saúde bucal da população brasileira. Segundo estudiosos, longe do ideal, mas mudanças para melhor são registradas por estes na saúde coletiva.

Amorim; Souza (2010) concordam com Garrafa (1995) e Siqueira (1998) lembrando que além disto, a alocação e distribuição de recursos em saúde bucal no setor público têm se dado, ao longo dos anos, de forma insuficiente e ineficiente, restando para a grande maioria da população assistência odontológica inadequada, com enfoque predominantemente cirúrgico-mutilador.

Essa afirmativa quando cita que “predomina na Odontologia um modelo dentista-centrado, ou seja, uma clínica baseada na técnica cirúrgico-mutiladora e em procedimentos reparadores do dente - seu principal foco de atenção e de intervenção - e a tendência de ignorar as demais doenças bucais de relevância epidemiológica”. O modelo assistencial vigente ainda se baseia nos antigos princípios flexnerianos, deixando muito a desejar em atividades de promoção e prevenção à saúde e sem considerar as implicações sociais na saúde de um indivíduo, conforme concorda Souza, em seu artigo publicado em 2008.

Prado; Garrafa (2006) lembram que o programa de saúde da família é uma iniciativa no campo da saúde coletiva no país que representa, além de real mercado de trabalho para os diferentes profissionais - aí inserido o cirurgião-dentista – uma forma de intervenção na realidade precária e de demanda reprimida em saúde bucal.

Partindo dessa percepção, os poderes públicos têm traçado estratégias de atendimento, no sentido de melhorar o serviço e, conseqüentemente, promover saúde entre a população. Tais medidas vêm sendo implementadas dentro de serviços já consolidados. (LIMA; SOUZA, 2010). Como exemplo, a proposta da Política Nacional de Humanização, assim definida pelo Ministério da Saúde: “A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS”. Tal proposta tem como objetivos prioritários aumentar a facilidade de acesso aos serviços prestados pelo SUS, promover maior resolutividade aos problemas dos usuários, garantir direitos dos usuários, gestão participativa, assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004).

Nesse ponto Prado; Garrafa (2006) acrescentam que deve ser lembrado o Programa Brasil Sorridente, que faz parte da Política Nacional de Saúde Bucal do atual governo e que tem buscado ampliar e qualificar o acesso da população às ações de prevenção, recuperação e

reabilitação da saúde bucal, por meio de medidas diversas. Neste sentido se subentende a inclusão da humanização das relações profissionais e sociais da assistência à saúde.

Para Garrafa (1995); Siqueira (1998) do ponto de vista da Bioética, com base na ética da responsabilidade pública, deve o Estado prover e gerir adequadamente os recursos indispensáveis (alocação, distribuição e controle) para a elaboração de políticas públicas eficazes e transformadoras. Sob a ótica da responsabilidade ética individual, também os profissionais da odontologia devem assumir o compromisso moral de reverter esse quadro, mitigando o sofrimento e contribuindo para a dignidade social.

Diante dos inúmeros obstáculos que hoje se apresentam para assistência a saúde no país, seja de ordem financeira, política, organizativa ou ética, coloca-se em pauta o principal debate sobre a qualidade da atenção prestada. Qualidade esta que diz respeito, de maneira indissociável, ao emprego de tecnologias, saberes, recursos considerados adequados e disponibilizados num contexto singular: o do encontro de quem sofre, sejam indivíduos e populações, e aqueles que se dedicam a mitigar este sofrimento, profissionais de saúde, gestores ou técnicos (DESLANDES, 2005).

4.4 RELAÇÃO INTERPESSOAL DENTISTA-PACIENTE

A qualidade da relação entre profissionais e clientes parte-se da premissa de que ela depende da competência do profissional e de sua capacidade para estabelecer relacionamentos interpessoais adequados. Experiências descritas demonstram que várias demandas não atendidas e queixas originárias dos usuários dos serviços poderiam ter sido evitadas, ou ao menos minimizadas, se eles tivessem sido ouvidos, compreendidos, acolhidos, considerados e respeitados (BRASIL, 2001).

Lucato (2005) completa o argumento anterior dizendo que, é necessário conversar com o paciente, manter-se atualizado, manter o ambiente trabalho passível de atendimento, com materiais adequados e utilizando técnicas cientificamente comprovadas, manter o sigilo e o respeito ao paciente e dentro da equipe de saúde. Estes preceitos contidos no código de Ética Odontológica, que visam a promoção da humanização das relações assistenciais, seja a com a equipe de saúde, seja com o paciente.

Silveira (2002) afirma que o vínculo profissional-paciente possui três dimensões: da afetividade, da relação terapêutica e da continuidade. Conforme a primeira, o profissional da saúde deve gostar de sua profissão, interessando-se pela pessoa do paciente, para então construir um vínculo com ele. Na segunda dimensão, a própria relação entre ambos,

profissional e paciente, é vista como terapêutica, por intermédio da qual o paciente é considerado sujeito no processo de tratamento e na qual se desenvolve o sentimento de confiança entre ele e o profissional. E, na terceira dimensão, a continuidade do processo terapêutico é apontada como fortalecedora do vínculo e do mútuo sentimento de confiança entre profissional e paciente.

O Humaniza-SUS tem como objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Pretende-se um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva (BRASIL, 2004).

Hoga (2004) conclui que o conhecimento abrangente e profundo dos fatores relacionados e dos problemas que afetam a saúde da população atendida pela instituição, como sua condição socio-econômica, necessidades e carências, crenças e valores culturais, entre outros aspectos, contribui para que os profissionais se tornem mais comprometidos com a clientela atendida e com a busca de resultados concretos e coerentes com a realidade de vida das pessoas sob seus cuidados. Estar ciente das características da pessoa a ser atendida aumenta a possibilidade do vínculo profissional/cliente, um aspecto essencial da assistência humanizada. A possibilidade do vínculo torna-se mais concreta se os profissionais tiverem meios adequados para conhecer seus pacientes, de forma sistemática. Esta forma de ver e planejar o cuidado requer o abandono de posicionamentos hegemônicos por parte dos profissionais, e sua substituição pela consideração da realidade, perfil e bagagem de conhecimentos sobre práticas de cuidado e cura no processo saúde-doença, na visão dos próprios clientes.

4.5 A TECNOLOGIA E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NA ODONTOLOGIA

Fala Lucato (2005) que a sociedade do século passado foi massificada com inúmeras descobertas, em todos os campos do conhecimento. Em relação à saúde, vieram à tona informações úteis como a cura de doenças e a descoberta de novos medicamentos, que trouxeram ao cuidado à saúde novas esperanças e expectativas. Os profissionais da saúde, admirados e envoltos por essa tendência tecnicista, passaram a olhar em direção ao progresso, e a relação com o paciente, até então o alvo principal do atendimento as pessoas, passou para segundo plano. Desta forma o paradigma técnico-científico tornou-se hegemônico, frente ao paradigma humanitário.

O progresso tecnológico, responsável pela produção de equipamentos de crescente sofisticação, vem transformando o profissional de saúde um servo dessas máquinas, das quais depende cada vez mais para exercer a profissão. É claro que esse progresso não é um mal em si, pois qualquer contribuição para derrotar a doença é bem-vinda. Mas o progresso vertiginoso da ciência da saúde faz dela uma aventura cada vez mais científica e tecnológica, empalidecendo a face humana (ISMAEL, 2002).

Garrafa; Moysés (1996) complementam a citação de Ismael (2002) e afirmam que apesar do significativo avanço tecnológico que a odontologia alcançou neste último século, a assistência em saúde bucal continua inacessível para a maioria da população brasileira. De forma equivocada, a odontologia brasileira ainda concentra seu foco de atenção no indivíduo e não na coletividade, no privado e não no público.

Lima; Souza (2010) concordam com Garrafa; Moysés (1996) e ainda ressaltam que pode-se considerar benéfica a evolução tecnológica visível na atualidade, no entanto, antigos conceitos de relacionamento e bem estar estão sendo esquecidos no ambiente de trabalho, e isso vem se refletindo no alto nível de insatisfação por parte dos usuários de serviço.

Novaes (1998), totalmente a favor do progresso tecnológico, afirma que as técnicas e tecnologias odontológicas são os saberes e as práticas que tomaram como seu objeto os dentes e, eventualmente, a boca, promovendo o desenvolvimento de materiais e procedimentos cirúrgico-restauradores a partir de um saber organizado no interior das disciplinas odontológicas: cirurgia, dentística, periodontia, endodontia, ortodontia, materiais dentários.

Amorim (2010) completa o pensamento de Novaes (1998) dizendo que o termo tecnologia não engloba apenas o conjunto de máquinas, equipamentos e instrumentos odontológicos. Há outras formas de tecnologia representadas pelo saber científico (e sua aplicação/utilização pelos profissionais), pela organização da prestação dos serviços e pelas formas de aproximação com os usuários.

Considera Oliveira; Collet; Viera (2006), que outro aspecto que precisa ser abordado é trazido pelo discurso técnico-científico e o sentimento que a suposição de objetividade e neutralidade da ciência desperta no homem moderno. O desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido uma série de benefícios, sem dúvida, mas tem como efeito colateral a inadvertida promoção da desumanização. Com a suposta objetividade da ciência pode-se perceber a eliminação da condição humana da palavra, da palavra que não pode ser reduzida à mera informação (de anamnese, por exemplo). A dimensão desumanizante da ciência e tecnologia se dá, portanto, na medida em que se fica reduzindo a objetos da própria técnica e

objetos despersonalizados de uma investigação que se propõe fria e objetiva. O saber técnico supõe saber qual é o bem de seu paciente independentemente de sua opinião.

Essa configuração tecnológica do trabalho em saúde foi abordada por Merhy (1999), que considera as tecnologias *duras* - ferramentas e máquinas, como os instrumentais para exames, equipamentos, fichários para dados de usuários, por exemplo; as tecnologias *leve-duras* que se constituem de saberes tecnológicos leves adquiridos e inscritos na forma de pensar atos de saúde e, ao mesmo tempo, duros por serem um saber fazer bem estruturado, protocolado e normatizado; e a terceira são as tecnologias *leves* que se definem como “o trabalho vivo em ato”. Um processo de relações no qual se dá o “encontro entre trabalhadores e usuários” em que são geradas expectativas e produzidos momentos de falas, escutas e interpretações.

Merhy (2007) acrescenta comentando que atuam as tecnologias leves combinadas aos outros dois tipos de tecnologias, isto é, tanto ao aparato tecnológico (tecnologia dura), como também, ao conjunto de saberes estruturados e organizados (tecnologia leve-dura). Porém cabe as tecnologias leves comandarem os modos de incorporação das demais, abrindo, assim, caminho para se repensar o processo de produção e subjetividade no interior das práticas em saúde, em vista de atingir uma maior qualidade da atenção.

A tecnologia "leve", entendida como o processo de relações entre o trabalhador de saúde e o usuário de expressar-se na gestão do cuidado, traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. A humanização, vista como prática inerente ao trabalho em saúde, implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições (BRASIL, 2004).

Outra ferramenta compatível com a idéia das tecnologias leves e importante no sentido da humanização na atenção a saúde refere-se ao vínculo. Instrumento importante e privilegiado na saúde nos dias atuais, o vínculo busca promover a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da equipe e a população da área de cobertura que está sob sua responsabilidade, permitindo uma maior aproximação entre serviço e comunidade (BRASIL, 1998).

Pinto (2000) lembra que o mercado, por outro lado, tem influenciado a ênfase em programas que incorporam tecnologias "duras", ou seja, em modelos de práticas estruturadas a partir de aparato tecnológico de densidade e custo elevados, e de difícil acesso para o usuário. Este modelo requer profissionais cada vez mais especializados e pouco qualificados para

perceber e atuar em dimensões mais amplas do processo saúde-doença, ou seja, com baixa capacidade técnica para desenvolver tecnologias leves e leves-duras.

O dentista encontra-se com o outro, o usuário, construindo com ele um espaço de intercessão frequentemente marcado pela dor, pela ansiedade e pelo sofrimento desse usuário, que deseja ser compreendido e atendido em suas necessidades - daí a relevância das tecnologias leves na prática do cirurgião-dentista. Dentre essas tecnologias, destacam-se, aqui, o acolhimento e o vínculo, dois conceitos que se complementam na construção de um cuidado humanizado na saúde (MERHY, 1997). De acordo com Deslandes (2004) deve-se considerar o conceito de humanização como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS NO PROCESSO DE (DES)HUMANIZAÇÃO NA ODONTOLOGIA

Pode-se dizer, então, que a dimensão ética no trabalho em saúde está presente na forma como os sujeitos produzem suas relações. Nesse aspecto, encontram-se falhas nos serviços de saúde e, sobretudo nas práticas odontológicas. No documento oficial da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil (2006), afirma-se que

os elementos estruturais ou ideológicos da prática odontológica eram o biologismo (excluía a causa social), mecanicismo (analogia do corpo com a máquina), centralização de recursos (hospitais centrais, atenção urbanocêntrica), especialização (fracionamento do conhecimento), tecnificação do ato (associação da qualidade à tecnologia de alta sofisticação), ênfase na prática curativa (a cura incorporou mais tecnologia, mais custo) e exclusão de práticas alternativas (refutação a *priori* de outros métodos).

Comenta Amorim (2010) que problemas éticos na prática odontológica ocorrem rotineiramente e podem envolver aspectos referentes ao paciente, à organização dos serviços de saúde, ao relacionamento com os colegas e com a sociedade como um todo. No entanto, os profissionais nem sempre estão preparados para lidar com as questões de caráter ético, o que pode levá-los a vivenciar conflitos éticos no exercício profissional. Para os dentistas, em especial, as dificuldades na resolução de tais conflitos são reforçadas pela excessiva tecnificação do trabalho odontológico.

Sobre um dos obstáculos/problemas encontrados na odontologia/humanizada destaca Vasconcellos (2003) uma crise de realização de oferta de serviços odontológicos em que, gradativamente, dá-se a substituição do trabalho autônomo pelo assalariado de forma direta (contratação) e indireta (credenciamento). O excesso de profissionais concentrados nas

grandes cidades também leva a uma concorrência desenfreada e, na briga por pacientes, a dimensão ética da prática profissional é desconsiderada.

Mais um obstáculo encontrado por Amorim; Souza (2010) que definem que a dificuldade de inserção no mercado de trabalho tem levado os profissionais a buscar a contratação direta em clínicas odontológicas, onde muitas vezes são oferecidos baixos salários, recursos técnicos precários e, sobretudo, uma demanda sufocante. Contudo, tais condições também são encontradas em alguns serviços do setor público.

O conceito de ética no cotidiano do ensino odontológico precisa também ser ampliado de uma ética profissional, codificada em obrigações e direitos, para uma ética do gênero humano, visando a aprender um saber-ser e não somente um saber-fazer, alcançar esta ética implica que a educação assuma a concepção complexa do humano, comportando a tríade indivíduo/sociedade/espécie (MORIN, 2002).

Collet; Rozendo (2003) conceituam que humanizar é, ainda, garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo para serem humanizadas precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quando esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu conhecimento. Pela linguagem faz-se as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que se desumaniza reciprocamente.

De acordo com o pensamento de Collet; Rozendo (2003), Oliveira; Collet; Viera (2006) relatam que quanto a comunicação, essa pode não se estabelecer de forma efetiva e conseqüentemente falhar. As instituições de assistência pública de saúde, por exemplo, se fundamentam há dois séculos, nos critérios de bem-estar geral, urgência social e de felicidade e interesse comuns. E suas ações, campanhas e programas partem das certezas de que sempre atuam em nome e pelo bem daqueles a quem pretendem ajudar, sendo que supõem conhecer esse bem de um modo claro e distinto, sem necessidade de consultar (comunicar-se) antes os (com os) “beneficiados”. Uma política de assistência fundamentada sobre esses pressupostos prescinde de argumentos, exclui a palavra e emudece qualquer diálogo. Essa prática citada acima, por si só, é desumanizante, pelo fato de colocarem os princípios acima dos sujeitos envolvidos, banindo as decisões tomadas coletivamente com base no diálogo e argumentação, pois que consideram que os princípios utilizados são os únicos que podem determinar de antemão o que deve ser levado em consideração e feito.

Pinheiro; Oliveira (2010) acreditam que, só podemos transformar o processo de produção de saúde se o centrarmos no sujeito. O acolhimento e o vínculo constituem, então, importantes instrumentos na mudança desse olhar que, por tanto tempo, se centrou somente

no processo patológico da doença, esquecendo o sujeito e outros fatores, como os psicossociais, tão importantes na determinação do diagnóstico e plano terapêutico.

Amorim; Souza (2010) complementam dizendo que o fundamento ético que deve nortear as práticas de saúde é a promoção do bem-estar dos indivíduos, o restabelecimento da saúde integral. A beneficência, então, é uma exigência para as profissões de saúde, incluindo a odontologia, na medida em que é um princípio que guia segundo o melhor interesse do outro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das referências utilizadas para a composição deste trabalho acadêmico podemos concluir que:

- A construção do cuidado humanizado na odontologia pressupõe um compromisso social que deve permear a formação e o cotidiano do profissional e equipe de trabalho de saúde;
- A odontologia é parte integrante da área de saúde, e lida com saúde e doença diariamente, portanto o Cirurgião-Dentista deve saber lidar com o ser humano de modo integral;
- A tecnologia e a ciência aplicadas à odontologia é de fundamental importância, porém não podem ser supervalorizadas em detrimento da base ética;
- O objeto de trabalho do Cirurgião-Dentista é o ser humano como um todo, compreendendo os espaços e determinantes sociais em que está inserido;
- Oferecer alternativas para compreensão de aspectos que estão envolvidos no atendimento ao paciente, justifica o tema sobre esse trabalho.

REFERÊNCIAS

- AMORIM A. G.; SOUZA de E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3)869-878, 2010.
- AMORIM, K. P. C. Nos labirintos da vida: a (bio)ética na formação de odontólogos (a visão de docentes) [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2002. In: AMORIM, A. G. & SOUZA DE, E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3)869-878, 2010.
- BARAÚNA T. Humanizar a ação para humanizar o ato de cuidar. O mundo saúde 2003; 27(2): 304-06. In: Lucato C.M. **A humanização das relações assistenciais no código de ética odontológica** - resolução 42/2003, de 20 de maio de 2003, fl: 113. São Paulo, 2005.
- BRASIL. MINISTERIO DA EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES n ° 3/2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 mar. 2002.Seção 1,p.10.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. [online], 2004 [acessado 2011 out 05]. Disponível em:< <http://www.saude.gov.br>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília (DF); 2001
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização. Série B. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- CECCIM R. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Publica 2004; 20(5):1400-1410. In: Amorim A. G.; Souza de E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3) 869-878, 2010.
- COLLET N, ROZENDO CA. Humanização e trabalho na enfermagem. Rev Bras Enfermagem 2003; 56 (2): 189-92. In: Oliveira de G. R. B; Collet N.; Viera S. C. A Humanização na Assistência à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2006 março-abril; 14 (277-84).

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Inteface (Botucatu)* 2005; 9(17):401-403. In: LIMA E. das N. A.; SOUZA E.C. de F. Percepção sobre ética e humanização na formação odontológica. **Rev. RGO- Revista Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.58, n. 2, p. 231-238, abr./jun. 2010.

DURAND G. Introdução geral a bioética. São Paulo: Loyola; 2003. In: Amorim A. G.; Souza de E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva** 15(3)869-878, 2010.

ESTRELA C. **Metodologia Científica**: ensino e pesquisa em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2001.

FRAZÃO P. Tecnologias em saúde bucal coletiva In: Botazzo C, Freitas SFT, organizadores. Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: EDUSC/UNESP; 1998. p. 159-174. In: Amorim A. G.; Souza de E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3)869-878, 2010.

FREIRE P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33.^a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006. In: Prado do M. M.; Garrafa V. A bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. **Rev. Comum Ciência Saúde**. 2006; 17(4): 263-274.

GARRAFA, V. MOYSÉS S.J. Odontologia Brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. *Divulgação em Saúde para Debate*. 1996; 13:6-17. In: Garrafa, V. A bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. **Rev. Comum Ciência Saúde**. 2006; 17(4): 263-274.

HOGA L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. Esc Enferm USP**, 2004; 38(1): 13-20.

ISMAEL, J. C. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz; 2002. In: LUCATO, C. M; RAMOS P de L. D. **A humanização das relações assistenciais no código de ética odontológica**- resolução 42/2003, de 20 de maio de 2003. São Paulo, 2005. 113p. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado. Disponível em:<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=MARIA+CAROLINA+LUCATO+TESE&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0> Acesso em: 23 nov. 2011.

LIMA A. N. E; SOUZA de F. C. E. Percepção sobre ética e humanização na formação odontológica. **RGO- Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.58, n.2, p. 231-238, abr./jun 2010.

LUCATO, C. M; RAMOS P de L. D. **A humanização das relações assistenciais no código de ética odontológica** - resolução 42/2003, de 20 de maio de 2003. São Paulo, 2005. 113p. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado. Disponível em:<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=MARIA+CAROLINA+LUCATO+TESE&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0> Acesso em: 23 nov. 2011.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):305-14. In: LIMA E. das N. A.; SOUZA E.C. de F. Percepção sobre ética e humanização na formação odontológica. **Rev RGO- Revista Gaucha Odontol.**, Porto Alegre, v.58, n. 2, p. 231-238,abr./jun. 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3.ed.São Paulo: Hucitec, 2007a. p.71-112.

MORIN, E. Os setes saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2002. In: AMORIM, A. G. & SOUZA DE, E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3), 869-878, 2010.

MORITA, M.C.; KIRGGER, L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*. 2004; 4(1):17-21. In: Prado do M. M.; Garrafa V. A bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. **Rev. Comum Ciência Saúde**, 2006; 17(4): 263-274.

NARVAI, P.C. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos; 2002. In: Prado do M. M.; Garrafa V. A bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. **Rev. Comum Ciência Saúde**, 2006; 17(4): 263-274.

NOVAES, H.M.D. Tecnologia e saúde: a construção social da prática odontológica. In: Botazzo C, Freitas SFT. Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: EDUSC/UNESP; 1998. p. 141-173. In: Amorim A. G.; Souza de E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3)869-878, 2010.

OLIVEIRA de B.R.G, COLLET N., VIERA S.C. A humanização na assistência a saúde. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, 2006, março-abril; 14(277-84).

PINHEIRO, P. M. & OLIVEIRA DE, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. **Rev. Interface comunicação saúde educação**, 2010.

PINTO, V.G. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2000. In: Amorim A. G.; Souza de E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3) 869-878, 2010.

PRADO, M. M.; GARRAFA, V. A bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. **Rev. Comum Ciência Saúde**, 2006; 17(4): 263-274.

RATTNER D. Por que Humanização? Boletim do instituto de saúde: Humanização da saúde 2003; (30): 4-5. In: LUCATO, C. M; RAMOS P de L. D. **A humanização das relações assistenciais no código de ética odontológica-resolução 42/2003**, de 20 de maio de 2003. São Paulo, 2005. 113p. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado. Disponível em:<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=MARIA+CAROLINA+LUCATO+TESE&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0>. Acesso em: 23 nov. 2011.

SILVEIRA FILHO, A.D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Prog. Saúde Fam., v.2, n.6, p.36-43, 2002. In: Pinheiro. P. M; Oliveira de L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. **Rev. Interface comunicação saúde educação**, 2010.

SIQUEIRA, J. E. Ética e Tecnociência: uma abordagem segundo o princípio da responsabilidade de Hans Jonas. Londrina: UEL; 1998. In: Garrafa V. **Bioética e Odontologia**. In: KRIGGER, L. organizador. Promoção de Saúde Bucal.

SOUZA, E. C. F. Formação e trabalho em odontologia: ampliar a clínica para construir uma nova cultura de cuidado em saúde bucal. [site da Internet] [acessado 2011 out 16]. Disponível em:< <http://www.observatorionesc.ufnet.br>>. In: Amorim A. G.; Souza de E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3)869-878, 2010.

VAITSMAN, J. & ANDRADE DE, B. R. G. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3):599-613, 2005.

VASCONCELLOS, I. C. Ética para a Odontologia. **RBO**, 2003; 60(2): 78-79.