

# A humanização dos cuidados em saúde bucal: percepções de estudantes de Odontologia

## The humanization of oral health care: dental students' perceptions

### RESUMO

A Política Nacional de Humanização foi implantada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2003, a fim de fortalecer o Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, a formação profissional torna-se uma estratégia importante para mudar práticas de gestão e de cuidado. Este artigo tem por objetivo analisar a percepção de estudantes de Odontologia sobre os significados atribuídos à humanização dos cuidados em saúde bucal. O tema foi apresentado aos alunos utilizando-se a dinâmica da árvore do conhecimento, com o intuito de fomentar o diálogo e a reflexão coletiva sobre situações que desumanizam os cuidados em saúde, vivenciadas no cotidiano das atividades de ensino-aprendizagem. Os alunos também responderam individualmente à questão: "para você, o que significa humanizar os cuidados em saúde bucal?". Foram obtidas 23 respostas, analisadas por meio de análise de conteúdo. Os resultados indicam que a maior parte das práticas, consideradas pelos estudantes como produtoras de desumanização, refere-se a situações de precarização das condições de trabalho, como escassez de recursos materiais e humanos, e fragmentação do cuidado. Em seu oposto, a humanização dos cuidados em saúde bucal é compreendida, pela maioria dos estudantes, a partir das dimensões acolhimento e integralidade.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde. Saúde Bucal. Humanização da Assistência. Brasil.

### ABSTRACT

The National Humanization Policy was implemented by the Ministry of Health of Brazil in 2003, in order to strengthen the Unified Health System. In this context, professional training becomes an important strategy to change management and care practices. This article aims to analyze the perception of dentistry students about the meanings attributed to the humanization of oral health care. The theme was presented to students using the dynamics of the tree of knowledge, in order to foster dialogue and collective reflection on situations that dehumanize health care, experienced in the daily teaching-learning activities. The students also answered the question individually: "for you, what does it mean to humanize oral health care?" The 23 responses obtained were analyzed through content analysis. The results indicate that most of the practices, considered by students as producers of dehumanization, refer to situations of precarious working conditions, such as scarcity of material and human resources, and fragmentation of care. In its opposite, the humanization of oral health care is understood, by most students, from the dimensions of welcoming and integrality.

**Keywords:** Health Education. Oral Health. Humanization of Assistance. Brazil.

Ana Maria Bourguignon<sup>1</sup>  
Márcia Helena Baldani<sup>2</sup>  
Dirceia Moreira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MsC. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Ponta Grossa; Mestre em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista Capes.

<sup>2</sup> DDS, MsC, PhD. Professora do Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Odontologia, Universidade Estadual de Ponta Grossa.

<sup>3</sup> MsC, PhD. Professora do Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Autor para correspondência:

Nome do autor: Márcia Helena Baldani

Endereço: [marciabaldani@gmail.com](mailto:marciabaldani@gmail.com)

Telefone: (42) 99978-5431

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003, resultante de um movimento crítico em relação ao modelo vigente de atenção e gestão da saúde no Brasil e com o escopo de fortalecer o Sistema Único de Saúde. A PNH parte da premissa que as práticas produtoras de desumanização são decorrentes das concepções que estruturam o campo da saúde e que expressam um modelo de conhecimento, de intervenção e de subjetivação que orienta a formação profissional e as formas de organização dos serviços. Nesta linha, a formação de profissionais da saúde consoante aos princípios e diretrizes da PNH constitui-se como estratégia necessária para a sua implementação, tendo em vista a indissociabilidade entre formação, cuidado e gestão<sup>1-2</sup>.

As diretrizes dos processos de formação da PNH se assentam no princípio de que a formação é inseparável dos processos de mudanças, ou seja, que formar é, necessariamente, intervir, e intervir é experimentar em ato as mudanças nas práticas de gestão e de cuidado, na direção da afirmação do SUS como política inclusiva, equitativa, democrática, solidária e capaz de promover e qualificar a vida do povo brasileiro<sup>3</sup>.

A Política Nacional de Humanização foi desenhada com o intuito de fortalecer o Sistema Único de Saúde, como uma política transversal, pois atravessa diferentes ações e instâncias gestoras, devendo integrar os planos de saúde em âmbito nacional, estadual e municipal. A PNH tem como norte os princípios da “inseparabilidade entre atenção e gestão” e “autonomia, corresponsabilidade e protagonismo dos sujeitos e coletivos”<sup>1</sup>.

Sob esses aspectos, a discussão sobre a humanização dos cuidados em saúde é tema pertinente à Saúde Coletiva. A área está constituída pela convergência de três eixos disciplinares essenciais: a Epidemiologia, as Ciências Sociais e Humanas em saúde e Políticas, Planejamento e Gestão de sistemas e serviços de saúde, as quais têm por objeto “o processo saúde-doença em sua dimensão coletiva ou populacional”<sup>4</sup>.

A interdisciplinaridade torna-se, nesse campo, pertinente ao processo formativo de profissionais da saúde em todos os níveis de conhecimento. É nessa perspectiva que o documento de área da Pós-Graduação em Saúde Coletiva estabelece que “A formação profissional é tão importante quanto a formação de pesquisadores para o desenvolvimento desse campo”. E define, entre as vertentes complementares de desenvolvimento da pós-graduação, o “fortalecimento da formação profissional sendo necessário, para tal, o desenvolvimento de metodologias para avaliar o impacto desta modalidade de formação no Sistema Único de Saúde [...]”<sup>4</sup>.

É com fundamento na Política Nacional de Humanização e na interdisciplinaridade característica do campo da Saúde Coletiva que apresentamos este texto. O objetivo é relatar as percepções de estudantes de Odontologia sobre situações produtoras de desumanização dos cuidados em saúde; e os significados atribuídos por eles à humanização dos cuidados em saúde bucal. Na sequência são expostos os aspectos metodológicos que orientaram nossa ação-reflexão.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo qualitativo realizado a partir de experiência em estágio docência na disciplina de Saúde Coletiva do curso de Odontologia de uma universidade localizada

na região Sul do Brasil. O estágio docência integra o processo formativo de discentes de pós-graduação e visa à preparação para a docência e interação com o ensino de graduação. No estágio docência, uma de nossas tarefas foi trabalhar o tema “humanização dos cuidados em saúde” com alunos que já realizaram mais da metade do curso de graduação.

A partir dessa proposta, a aula foi organizada com o objetivo de instigar a reflexão sobre o tema e possibilitar um espaço de diálogo e problematização dos conhecimentos e experiências trazidos pelos estudantes. O plano de aula foi orientado pela compreensão, desenvolvida por Heckert & Neves<sup>2</sup> (2010) para a PNH, sobre o potencial que o compartilhamento e a problematização de experiências tem para os processos formativos.

De fato, o que visamos é a força de intervenção dos processos de formação como dispositivos potentes de problematização de si e do mundo. Nessa perspectiva o conhecimento não é um dado a priori, não está no mundo para ser descoberto, ele produz, num mesmo movimento, sujeito e mundo. Estes, entendidos como efeitos das práticas, é que podem problematizar as estabilizações nas quais se atualizam na realidade<sup>2</sup>.

Com essa perspectiva, os alunos realizaram duas atividades relacionadas ao tema “humanização dos cuidados em saúde”. Propôs-se, primeiro, a dinâmica da árvore do conhecimento, em que os grupos de alunos foram convidados a desenhar árvores em cartolinas e descrever, por meio de palavras-chave, práticas consideradas desumanizantes dos cuidados em saúde. A dinâmica da árvore foi escolhida para possibilitar espaços de diálogo entre os alunos, convidando-os a compartilhar reflexões sobre as experiências e conhecimentos adquiridos no decorrer do curso de graduação sobre o tema proposto. Os alunos foram estimulados a pensar nas possíveis causas do problema, representadas pelas raízes das árvores, e a identificar nos galhos e folhas quais são as práticas que desumanizam nos cuidados em saúde. Os cartazes produzidos foram apresentados pelos alunos à turma e posteriormente articulados com as práticas descritas pela literatura e pela política de saúde como desumanizantes.

Na segunda atividade, os alunos foram convidados a responder, de forma individual e sem necessidade de identificação, à questão: “para você, o que significa humanizar os cuidados em saúde bucal?”. Foram solicitadas respostas anônimas para possibilitar a livre expressão dos estudantes. Esta atividade foi realizada ao final da aula, e foram entregues espontaneamente 23 respostas, as quais foram digitadas em documento do Microsoft Excel para organização do conteúdo e posterior análise. O mesmo procedimento foi executado com as palavras-chave utilizadas pelos alunos para descrever as práticas desumanizadoras dos cuidados em saúde.

A análise de conteúdo foi a técnica escolhida para compreender quais práticas os alunos identificaram como produtoras de desumanização dos cuidados em saúde, e analisar as definições de humanização dos cuidados em saúde bucal apresentadas por eles. Consideramos que esta técnica possibilita a reflexão sobre o nível de conhecimento desses futuros profissionais de saúde sobre o tema. E permite avaliar aspectos relacionados à atividade de ensino em saúde coletiva que podem ser aprimorados, com vistas a ampliar a compreensão dos alunos de Odontologia sobre a humanização como política pública de saúde no Brasil.

Conforme Bardin<sup>5</sup> (2016), a análise de conteúdo é definida como “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos

de descrição do conteúdo das mensagens”. A finalidade da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou do seu meio. A especificidade da análise de conteúdo como técnica de pesquisa está na articulação entre “a superfície dos textos, descrita e analisada (pelo menos alguns elementos característicos); e os fatores que determinaram estas características, deduzidos logicamente”.

O material produzido pelos alunos foi analisado em três etapas. Estas etapas ocorreram separadamente para as atividades um e dois. A pré-análise correspondeu ao momento de tomar contato com o material e realizar leitura flutuante. Na etapa da exploração, procedemos a uma descrição das respostas, agrupando-as por palavras-chaves, denominadas de unidades de registro ou codificação, por exemplo: empatia, integralidade, acolhimento, respeito, estrutura etc.

Posteriormente, essas unidades foram organizadas em categorias e subcategorias, formando-se as unidades de contexto. Esta classificação foi realizada mediante o agrupamento das categorias em três eixos: modelo de atenção e gestão; processos de trabalho e relação profissional-usuário. Segundo Bardin<sup>5</sup>, unidades de contexto são “[...] superiores à unidade de codificação, as quais, embora não tendo sido tomadas em consideração no recenseamento das frequências, permitem, contudo, compreender a significação dos itens obtidos, repondo-os no seu contexto”. Na terceira etapa, as categorias foram transformadas em unidades de medida, com o intuito de identificar quais as categorias preponderantes nas respostas dos alunos.

Essas etapas permitiram conhecer mais profundamente as percepções e significados atribuídos pelos estudantes de Odontologia à humanização dos cuidados em saúde, os quais são apresentados no item a seguir.

Quanto aos aspectos éticos, preservou-se o anonimato da turma e dos estudantes envolvidos nas atividades, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde<sup>6</sup>. A anuência dos alunos, para publicação deste relato de experiência, encontra-se registrada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## DISCUSSÃO

Ao recapitular a tradição teórica do debate da humanização, Deslandes<sup>7</sup> (2006) indica que já na década de 1950 a sociologia médica nos Estados Unidos denunciava práticas, lógicas e interações dos serviços de saúde reconhecidas como desumanizantes. Nos anos 60, destacam-se as contribuições da abordagem sociológica interacionista. Especialmente, os estudos de Erving Goffman sobre os profundos processos de despersonalização ocorridos nos hospitais psiquiátricos (“instituições totais”), que abriram caminho para o questionamento se esses processos também ocorriam em outros tipos de hospitais<sup>7</sup>.

Na década seguinte, pontua-se a realização do simpósio *Humanizing Health Care* em São Francisco, no ano de 1972, que gerou uma publicação de mesmo nome em 1975, organizado pelos cientistas sociais Anselm Strauss e Jan Howard. É nessa conjuntura que Howard apresentou os resultados de uma revisão bibliográfica de textos dos anos 60 e 70 com o objetivo de identificar práticas descritas como produtoras de desumanização<sup>7</sup>, conforme sistematizado na tabela 1.

TABELA 1: PRÁTICAS PRODUTORAS DE DESUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE SEGUNDO JAN HOWARD

Tratar pessoas como coisas ("thinging")	"Não reconhecer o doente como pessoa ou sujeito, mas como objeto de intervenção clínica". Padronização das necessidades. Destituição do poder da pessoa doente Não reconhecimento dos seus sentimentos Ausência de reciprocidade entre cuidadores e pacientes empatia)
Desumanização pela tecnologia	"Cuidado predominantemente realizado por intermédio de máquinas e procedimentos". Interação entre o doente e o cuidador torna-se eventual, dispensável, suplementar.
Desumanização pela experimentação	Denúncia das formas antiéticas da pesquisa com seres humanos.
Pessoa como problema	Prática de reduzir a pessoa a sua doença.
Tratar certas pessoas como "pessoas de menor valor"	Em função da cor, etnia, classe social, escolaridade, status social, gênero, estimas, tratar as pessoas como "inferiores" ou como "não pessoas".
Pessoas isoladas	"despersonalização, reclusão, solidão, não-reciprocidade entre pessoas doentes e seus cuidadores no sistema de saúde."
Pessoas como recipientes de cuidados subpadronizados	Possibilidade de realizar um cuidado inferior a uma pessoa, grupo social etnia – seja por discriminação, negligência ou indiferença.
Pessoas sem escolha	Exclusão da pessoa doente ou sob cuidado do processo de tomada de decisão As ideias de objetividade e neutralidade médicas geram práticas sem informação e consentimento dos usuários
Pessoas em ambientes estéreis e estáticos	Discussão sobre ambiência, necessidade de equilíbrio entre necessidades funcionais dos trabalhadores da saúde e demandas dos usuários (intimidade, privacidade, socialização, etc)

Fonte: Deslandes<sup>7</sup> (2006).

Org.: as autoras

Trabalhos de outras vertentes teóricas articularam causas estruturais para a desumanização do cuidado em saúde, destacando como as desigualdades sociais influenciam os sistemas de saúde, a racionalidade científica ocidental tendente à fragmentação do cuidado e as formas de autorregulação da profissão médica. Abordagens feministas e marxistas têm contribuído para o debate adicionando outros elementos, tais como: a negação do estatuto de pessoa e/ou processos de despersonalização; tecnologias como substitutas (ou mediadoras) das relações; aspectos ligados à experimentação clínica; lógicas e relações de poder instituídas<sup>7</sup>.

O debate sobre humanização dos cuidados em saúde no Brasil emerge com a crítica às instituições e processos terapêuticos no campo da saúde mental, a chamada luta antimanicomial; e com o movimento pela humanização do parto e nascimento que tem questionado a segurança e efetividade das práticas obstétricas tradicionais, com base em

evidências científicas e nos direitos humanos das usuárias dos serviços de saúde. Nas décadas de 1980 e 1990 já se registravam no país iniciativas isoladas em prol da humanização nas instituições de saúde<sup>8</sup>.

A temática foi objeto de propostas da 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, quando os participantes pontuaram que o processo de humanização no SUS deve envolver melhorias na gestão e na atenção prestada aos usuários e usuárias. Nessa conjuntura, a Política Nacional de Humanização foi lançada, tendo em vista o diagnóstico de problemas que dificultam a efetivação dos princípios do Sistema Único Saúde a partir de três eixos: relação entre profissionais e usuários/as; processos de trabalho; modelos de atenção e gestão em saúde<sup>9</sup>.

Verificou-se que a relação entre profissionais e usuários/as era prejudicada pelo despreparo dos profissionais quanto à dimensão subjetiva das práticas de cuidado, fragilidade nos vínculos entre profissionais e usuários, e desrespeito aos direitos de usuários/as. No eixo processos de trabalho, foram constatadas situações de precarização e desvalorização dos trabalhadores do SUS, fragmentação dos processos de trabalho e falta de investimentos em educação permanente. As críticas presentes no eixo modelos de atenção e gestão resumiram-se à centralização e verticalização do sistema, em razão dos poucos espaços de cogestão (trabalhadores, gestores e usuários); fragilidade no controle social; atenção centrada na relação queixa-conduta; e, formação profissional distante do debate e da formação da política pública de saúde<sup>1</sup>.

Esses três eixos serviram de parâmetro para classificar as práticas consideradas produtoras de desumanização dos cuidados em saúde pelos estudantes de Odontologia na atividade realizada em grupo. Cerca de metade das palavras-chave utilizadas nos cartazes se enquadram no eixo processos de trabalho. Neste item, incluímos as situações que remetem a situações de precarização, isto é, referentes às condições de trabalho que impactam de maneira negativa na qualidade da prestação dos serviços de saúde, tais como: “falta de infraestrutura e materiais”; “falta de leitos”; “falta de transporte”; “falta de lugar para aguardar atendimento”; “falta de profissionais especializados”; “superlotação das UBS” (unidades básicas de saúde), etc.

O segundo eixo com destaque refere-se à relação entre profissionais e usuários. Neste item foram incluídas as palavras-chave que correspondem à ideia de que certas posturas profissionais para com os usuários podem ser contraproducentes ao processo de promoção, produção e recuperação da saúde. Entre essas situações, foram elencadas as seguintes práticas: “tratar pessoas como coisas”, “não tratar o paciente integralmente”, “não criar vínculo com o paciente”, “indiferença”, “falta de empatia”, “não reciprocidade”, “desrespeito”, “falta de ética”, “preconceito”.

No eixo modelo de atenção e gestão foram listadas palavras-chave que expressam a noção de fragmentação dos cuidados em saúde, como: “mecanização”, “redução da pessoa a sua doença”, “falta de integralidade no atendimento”, “despersonalização”, “padronização das necessidades dos usuários”. Algumas palavras-chave não foram enquadradas em nenhum dos eixos indicados - “corrupção”, “desvio de verba”, “funcionários fantasmas” -, isso porque fazem referência à conjuntura porque passa o país, diante da grande proporção tomada pelos processos judiciais para apuração de crimes contra administração pública.

Embora as situações relacionadas à precarização do trabalho tenham se destacado como práticas que desumanizam os cuidados em saúde, nas respostas para as concepções de humanização dos cuidados em saúde bucal, os eixos relação profissional-usuário e modelo de atenção e gestão se sobressaem. Consideramos no eixo relação profissional-usuário as dimensões do acolhimento na atenção à saúde. No eixo modelo de atenção-gestão à saúde, as respostas que se referem ao conceito de integralidade e equidade, pois estes, juntamente com a universalidade (não mencionada em nenhuma das respostas), são princípios do Sistema Único de Saúde. E no eixo processos de trabalho às referências à qualidade do atendimento e à disponibilidade de recursos materiais e humanos nos serviços de saúde. O modo de organização das respostas está representado na tabela 2.

TABELA 2 – DIMENSÕES DA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL

EIXOS	DIMENSÕES	FRASES REPRESENTATIVAS
Modelo de Atenção-Gestão	Integralidade	<p>“Significa olhar o paciente como um todo, não apenas como um procedimento. A saúde bucal não se separa da saúde geral, é preciso dar assistência em todos os âmbitos para o paciente, orientar e encaminhar quando necessário”.</p> <p>“Os profissionais da odontologia devem passar a analisar o paciente como um todo e não apenas a cavidade bucal”.</p> <p>“Significa tratar todo e qualquer paciente como um todo, levando em consideração não somente a saúde bucal, mas também a saúde em geral, mental/psicológica, tentando fazer o melhor para a saúde do paciente”.</p>
	Equidade	<p>“[...] atender os pacientes com mais necessidades de atendimento”.</p>
Relação Profissional-Usuário/a	Acolhimento	<p>“Tratar o indivíduo como um ser único, individual. Vendo qual a sua necessidade específica [...]”.</p> <p>“[...] colocar-se no lugar do usuário ou da população necessitada, fazer aquilo que gostaria que fizessem para você mesma”.</p> <p>“É saber lidar com todas suas diferenças e dificuldades [...]”.</p>
Processos de Trabalho	Qualidade do Atendimento	<p>“[...] proporcionar o melhor cuidado ao paciente”.</p> <p>“Realizar o tratamento com qualidade e atenção necessária”.</p>
	Recursos	<p>“[...] unidades de saúde com profissionais especializados, transportes para os pacientes das unidades, investindo na saúde e nas bases dos serviços”.</p>

Mais da metade das respostas define a humanização a partir de duas dimensões acolhimento e integralidade. Abaixo, citamos duas definições que exemplificam a compreensão da humanização dos cuidados em saúde bucal a partir dessas duas dimensões:

“Individualizar cada paciente, vendo todas suas necessidades e empenhando-se em dedicar um atendimento de qualidade pensando no bem estar do paciente como um todo, vendo alternativas que facilitem a adesão da pessoa ao tratamento e que melhore sua qualidade de vida”.

“Humanizar em odontologia é atender todas as necessidades de saúde bucal de cada paciente, levando em conta sua saúde sistêmica. Além disso, ter uma postura correta e com empatia, sabendo orientar o paciente individualmente e compreender suas falhas e dificuldades”.

O acolhimento é um conceito utilizado para designar as relações entre profissionais e usuários na atenção à saúde. Constitui-se como uma diretriz da PNH, definida como a atitude de “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde”. Assim, o acolhimento se apresenta como um valor que orienta as práticas de atenção à saúde, pois potencializa a criação de vínculos entre profissionais e usuários e possibilita a adequação da assistência às necessidades dos usuários<sup>10</sup>.

O acolhimento se expressa, segundo Guerrero et al.<sup>10</sup> (2013), em três dimensões. O acolhimento-diálogo faz referência ao encontro físico e simbólico entre trabalhadores e usuários, que se constitui como um espaço permeado de tensões, conflitos e negociações. A disponibilidade para o diálogo implica exercitar a alteridade, “[...] que vai além do processo de reconhecimento do outro e de suas diferenças, singularidades e saberes. Mais além, propõe e desafia a considerar a lógica do outro, o seu ‘ponto de vista’ e legitimar o seu conhecimento e as suas necessidades e demandas de saúde”. O acolhimento-postura corresponde à “decisão do serviço em dar uma resposta à demanda do usuário” e se materializa em prática a como a escuta ativa e resolutiva, avaliação de risco e vulnerabilidades, atendimentos e orientações. E o acolhimento-reorganização dos serviços, que se refere ao planejamento e definição de estratégias para responder às demandas da população, tanto no sentido de motivação e organização das equipes de saúde, quanto no sentido de desenvolvimento de ações e serviços.

Na análise das definições de humanização dos estudantes, consideramos como acolhimento as respostas que continham a ideia de alteridade/empatia: “colocar-se no lugar do usuário ou da população necessitada”, “É preciso olhar de forma empática para cada pessoa e para cada local em que se insere na sociedade”; atendimento singular: “Dar um atendimento ao paciente, de maneira em que ele se sinta acolhido, tratando suas necessidades de maneira individual”; “Tratar o indivíduo como um ser único, individual. Vendo qual a sua necessidade específica”; respeito: “[...] não excluindo pessoas como algum tipo de doença ou necessidades econômicas. Não devemos tratar pessoas de modo diferente devido algum problema”, “Não ver como produto, lucro e sim como um ser que necessita e deve ser respeitado”. Aspectos que remetem ao conceito de acolhimento são mencionados em 16 das 23 respostas.

O acolhimento, nas suas mais diferentes dimensões, desencadeia transformações no processo de trabalho, nas relações estabelecidas nos espaços de cuidado e no âmbito organizacional dos serviços. A interconexão da tríade acolhimento-diálogo, acolhimento-postura, acolhimento-reorganização dos serviços reconfigura e renova, assim, as ações na AB [atenção básica] com o propósito de implementar a política de humanização no SUS e consolidar o modelo de atenção<sup>10</sup>.

Guerrero et al.<sup>10</sup> concluem que o acolhimento, configurado como diretriz da PNH, contribui para a consolidação e materialização dos princípios doutrinários do SUS – universalidade, integralidade e equidade. A universalidade é o princípio que corresponde à concepção de que a saúde é um direito humano fundamental e, portanto, dever do Estado prestá-la mediante políticas públicas. Entretanto, não aparece nas definições de humaniza-

ção dos estudantes. Por outro lado, aspectos do conceito de integralidade são encontrados em 17 das 23 respostas. A equidade, por sua vez, aparece em quatro respostas.

Segundo Viegas & Penna<sup>11</sup> (2015), a integralidade é o princípio que norteia o rompimento com o modelo tradicional de saúde pautado na fragmentação do cuidado. Na pesquisa realizada com profissionais integrantes de Equipes de Saúde da Família, as autoras identificaram quatro dimensões da integralidade: a) “ser integral” – que remete à ideia de ser completo, pessoa como um todo; b) “atendimento integral às demandas em saúde” – atendimento às necessidades de saúde dos usuários; c) “integração dos serviços de saúde” – integração de saberes e serviços; d) “intersectorialidade” – as necessidades de saúde podem ser objeto de setores distintos das políticas públicas.

Nas definições dos estudantes de Odontologia, apenas as duas primeiras dimensões são contempladas, integração com outros serviços e interdisciplinaridade não são abordadas. A integralidade como ser integral é exemplificada nas seguintes respostas: “Humanizar os cuidados em saúde bucal é dar uma condição humana de qualidade de vida aos pacientes, atendendo-o como um todo”; “Significa poder atender um paciente como um todo, não apenas o dente”, “Ver cada paciente como um todo, não apenas o que nos ‘interessa’”, “Tratar o paciente como um todo, cuidado dele como um ser complexo e individual”, “tratar o paciente como um todo, não focando apenas em sua doença”. O atendimento integral às demandas em saúde aparece da seguinte forma: “Demonstrar mais assistência aos pacientes de forma que integre todas as modalidades da área, resultando no maior benefício ao paciente e dando abertura para sua autonomia para a busca do seu bem estar e não as vontades do profissional. Atenção à saúde e desejos do paciente”; “Humanizar em odontologia é atender todas as necessidades de saúde bucal de cada paciente, levando em conta sua saúde sistêmica”; “deve ser levado em consideração os sentimentos do mesmo (medo, fobia, ansiedade) e também devemos levar em consideração a autonomia do paciente”.

Por fim, os estudantes também definem a humanização dos cuidados em saúde bucal a partir de expressões que contemplam a noção de qualidade e eficiência do atendimento. Estas definições foram classificadas no eixo processos de trabalho, por exemplo: “Poder proporcionar o melhor cuidado ao paciente”, “Realizar o tratamento com qualidade e atenção necessária”, “Priorizar o valor investido, os recursos para tratar da maneira mais ideal e não como dá”, “fazer o melhor para a saúde do paciente”, “dedicar um atendimento de qualidade”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito desse relato foi sistematizar parte dos estudos realizados durante o estágio docência na disciplina de Saúde Coletiva, disposta na segunda metade do curso de Odontologia; bem como identificar de que forma os alunos apreendem o conceito de humanização nos cuidados em saúde bucal. Este momento de sistematização possibilitou a reflexão sobre os desafios para articular formação profissional e processos no modelo de atenção e gestão no sentido da humanização dos cuidados em saúde.

Consideramos que a dinâmica da árvore possibilitou a participação ativa dos estudantes e a construção coletiva do conhecimento, de modo a instigá-los a problematizar as situações por eles vivenciadas que desumanizam os cuidados em saúde. Nesse aspecto,

as condições inadequadas ou insuficientes de trabalho foram consideradas os principais obstáculos à humanização, pois metade das palavras-chave utilizadas na atividade referiram-se à escassez de recursos diante da sempre crescente demanda por serviços de saúde.

Os estudantes também compartilharam experiências e pensamentos sobre como percebem a própria formação profissional, identificando questões estruturais que dificultam a implementação da política de humanização: práticas de ensino-aprendizagem voltadas para a disciplinaridade e especialidade; fragmentação do cuidado; formação tendente à atuação no mercado privado.

Quanto às concepções de humanização dos cuidados em saúde bucal, expressas individualmente pelos estudantes, preponderou a dimensão das relações profissionais com os usuários, no sentido do acolhimento. A humanização como acolhimento apareceu na postura profissional de respeito, empatia, reconhecimento das necessidades dos usuários, estabelecimento de vínculo. Em menor proporção, a humanização como integralidade foi identificada em dois sentidos: na percepção do usuário como um ser completo, não reduzido ao seu problema de saúde; e na preocupação em atender a todas as necessidades de cada usuário. As duas acepções de integralidade expressas pelos estudantes colocam-se como desafios para superação da fragmentação do cuidado.

Como futuros profissionais de saúde, os estudantes vão confrontar situações de tensão entre modelos de cuidado distintos. Consideramos que esses impasses, especialmente aqueles gerados pela transição paradigmática entre modelos de atenção concorrentes, podem potencializar a mudança em favor de práticas mais humanizadas na prestação de cuidados em saúde. Desse modo, os processos formativos, ainda que pontuais, podem propiciar espaços de reflexão e diálogo a fim de potencializar a transformação das práticas e lógicas em prol da humanização.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado em 2020 Fev. 18]. Disponível em URL: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS\\_politica\\_nacional\\_humanizacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf)
2. Heckert AL, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS: formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2020 Fev. 18]. p. 13-27. Disponível em URL: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf).
3. Pasche DF, Passos E. Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS: formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2020 Fev. 18]. p. 6-10. Disponível em URL: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf).
4. Brasil. Ministério da Educação. Capes - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Documento de área: Saúde Coletiva. Brasília: Capes; 2016. [citado 2020 Fev. 12]. Disponível em URL: [https://capes.gov.br/images/documentos/Documentos\\_de\\_area\\_2017/22\\_SCOL\\_docarea\\_2016.pdf](https://capes.gov.br/images/documentos/Documentos_de_area_2017/22_SCOL_docarea_2016.pdf).
5. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 Mai 2016, seção 1, p. 44-46.
7. Deslandes SF. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 32-47.
8. Rios IC. Caminhos da Humanização na Saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

10. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enferm.* [periódico online] 2013 [citado 2020 Fev 18] 22 (1): 132-140. Disponível em URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000100016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100016&lng=en)
11. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface (Botucatu)* [periódico online] 2015 [citado 2020 Fev 18]; 19 (55): 1089-1100. Disponível em URL: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140275.pdf>

#### **AGRADECIMENTO**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Agradecemos aos estudantes que participaram das atividades aqui relatadas e ao professor PhD Manoelito Ferreira Silva Júnior, pelos conhecimentos compartilhados e por todo apoio recebido.