

ORGANIZADORAS

Cristine Maria Warmling | Fabiana Schneider Pires



REDES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SAÚDE BUCAL

ANÁLISES SOBRE CUIDADO, GESTÃO E PROCESSO DE TRABALHO

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R314

Redes de integração ensino-saúde bucal: análises sobre cuidado, gestão e processo de trabalho / Organizadoras Cristine Maria Warmling, Fabiana Schneider Pires. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5939-768-6

DOI 10.31560/pimentacultural/2023.97686

1. Medicina e saúde. 2. Odontologia. 3. Educação. I. Warmling, Cristine Maria (Organizadora). II. Pires, Fabiana Schneider (Organizadora). III. Título.

CDD 610

Índice para catálogo sistemático:

I. Medicina e saúde.

Jéssica Oliveira – Bibliotecária – CRB-034/2023

10

*Luísa Lapenta da Cunha
Fabiana Schneider Pires
Cristine Maria Warmling*

BIOÉTICA NO ENSINO NA SAÚDE

“A desumanidade que se causa a um outro destrói a humanidade que há em mim”. Immanuel Kant

INTRODUÇÃO

A bioética pode ser compreendida como o compromisso do ser humano para com outro humano e de todos para com a humanidade. A discussão sobre direitos e deveres amplia a responsabilidade e a concepção da bioética, que se constitui como uma reflexão transdisciplinar sobre ações humanas que envolvem a vida e o viver (COMTE-SPONVILLE, 1997; GOLDIM, 2006). É em torno do valor humano que está a essência da bioética, campo de estudo e compreensão sobre o processo de humanização.

A bioética apoia-se no campo da filosofia para fundamentar a análise e a mediação de conflitos que envolvem saberes e práticas no campo da saúde (PYRRHO *et al.*, 2007). Para a teoria principialista, o uso de quatro princípios éticos fundamentais (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2012) permite a análise prática de conflitos bioéticos. Porém, a aplicação direta dos princípios não é possível sem a atenta verificação das singularidades em cada situação (GARRAFA, 2005; HOSSNE, 2006; JUNGES, 2003). O princípio de respeito à autonomia evidencia o direito da pessoa de decidir sobre as questões relativas à sua vida. A beneficência se caracteriza pelo ato de fazer o bem ou maximizar o benefício, e não-maleficência seria gerar o menor prejuízo possível. A justiça estabelece a condição da equidade como fundamental para o viver humano em sociedade (SCHRAMM *et al.*, 2008; AZEVEDO, 2013; MUÑOZ, 2004).

Situações consideradas como de “desumanização” na saúde são frequentemente expressões de formas precárias de organização do trabalho, sendo que o enfrentamento do problema e a busca da humanização ocorrem por meio da gestão do cuidado e da formação

SUMÁRIO

de sujeitos coletivos (BRASIL, 2004). A humanização na saúde é um método de intervenção nos processos de trabalho para a geração de qualidade da atenção à saúde. A humanização objetiva assegurar a atenção integral à saúde da população, por meio de táticas que ampliem as condições de direitos e de cidadania das pessoas (DINIZ; GUILHEM, 2002; COTTA *et al.*, 2013). Tecnologias leves promovem intersubjetividades no cuidado humanizado na saúde.

No contexto de práticas de humanização na saúde, o acolhimento é definido como estratégia que oportuniza o encontro entre o trabalhador e a pessoa a ser atendida: espaço de promoção de escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, mas também processo de tomada de decisões. A acolhida é concebida como a corresponsabilização das demandas de uma comunidade ou de uma pessoa. No acolhimento, incorpora-se a subjetividade das diferenças (NEVES *et al.*, 2013, SOUZA *et al.*, 2008).

Acesso e acolhimento relacionam-se e complementam-se na perspectiva da integralidade do cuidado. O acolhimento propicia o acesso, permitindo a criação de vínculo entre o profissional e a pessoa. É a relação acolhedora e humanizada que promove saúde nos níveis individual e coletivo (SOUZA *et al.*, 2008). Do acolhimento resulta a corresponsabilização e a resolutividade do atendimento, constituindo um momento de aproximação com a pessoa e o resgate de valores de solidariedade, cidadania e respeito com o outro (GARUZI *et al.*, 2014). Como o acolhimento, o vínculo também está associado ao conceito de humanização. A geração de vínculo com os usuários do serviço de saúde amplifica a eficácia e favorece a participação do usuário durante o cuidado. Observa-se que não há criação de vínculo sem que os usuários sejam reconhecidos na condição de sujeitos (NORA; JUNGES, 2013).

O acolhimento é uma tecnologia leve, que envolve a postura da escuta com compromisso de resposta às necessidades da pessoa. O acolhimento contribui com perspectivas e práticas de saúde que envolvem percepções das primordialidades da pessoa e a responsabilização

SUMÁRIO

do serviço de saúde pelas demandas identificadas (VASCONCELOS *et al.*, 2011; GARUZI *et al.*, 2014). O acolhimento otimiza o acesso das pessoas aos serviços de saúde por meio da humanização das relações entre os trabalhadores e as pessoas. A escuta de problemas ocorre por meio de abordagens do social, do cultural e do ambiental, dentre outras tantas possíveis (COTTA *et al.*, 2013). O acolhimento é a atenção com resolutividade e responsabilização, constituindo um momento de aproximação com as pessoas e resgate de valores de solidariedade, respeito e vínculo (GARUZI *et al.*, 2014). O vínculo é outra tecnologia leve associada à humanização na saúde. Observa-se que não há criação de vínculo sem que as pessoas sejam reconhecidas na condição de sujeitos. A geração de vínculo com as pessoas amplia a eficácia das ações de saúde, pois favorece a participação no cuidado e amplia a autonomia (NORA; JUNGES, 2013).

Transformações curriculares implementadas nos cursos da área da saúde desejam atualizar o perfil profissional e promover competências profissionais capazes de provocar transformações do individual ao coletivo, da tecnificação à humanização. O campo da bioética atua a favor dessas transformações e atualiza essas necessidades. É em torno do valor humano que está a essência da bioética. Compreende-se o campo de humanização na saúde enquanto um método de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da atenção à saúde. A humanização na saúde defende a atenção integral da pessoa, bem como estratégias que ampliem a condição de direitos e de cidadania dos indivíduos (FINKLER *et al.*, 2009; DINIZ; GUILHEM, 2002; COTTA *et al.*, 2013).

O ensino da bioética possui o desafio de proporcionar reflexões sobre práticas profissionais, apontando para a importância dos benefícios da ciência quando em equilíbrio com as exigências da humanização, devendo proporcionar ao estudante o desenvolvimento de competências para superar práticas de saúde reducionistas, ou que se atenham aos aspectos tecnocientíficos em detrimento ao desenvolvimento

SUMÁRIO

do vínculo com o usuário (JUNGES, 2003). A inclusão do estudo da ética e da bioética, nos cursos de graduação da área da saúde, tem o papel de estimular os alunos ao exercício da problematização sobre as intervenções profissionais individuais e/ou coletivas na área da saúde. Nesse contexto, o campo da bioética torna-se de grande importância na formação profissional, uma vez que é o eixo central para a compreensão da dignidade do viver e da valorização da vida, enquanto aspectos básicos da formação do profissional de saúde.

O estudo da ética e da bioética, nos cursos de graduação da área da saúde, tem o papel de estimular nos alunos o exercício da problematização sobre as intervenções profissionais (CUNHA, 2018). O campo da bioética torna-se eixo central para a compreensão da dignidade do viver e da valorização da vida enquanto aspectos básicos da formação do profissional de saúde. Evidenciam-se os benefícios da ciência quando em equilíbrio com a humanização, o que proporciona ao estudante competências para superar práticas de saúde reducionistas ou que se atenham aos aspectos tecnocientíficos em detrimento ao desenvolvimento do vínculo com o usuário (JUNGES, 2003).

O principal objetivo do ensaio, aqui apresentado, é analisar a relação de processos pedagógicos e organizações curriculares de cursos da área da saúde no desenvolvimento de competências bioéticas de estudantes, na clínica e no acolhimento de pacientes.

Bioética: conceitos e problematização do uso do principlismo

A bioética é uma disciplina com embasamento filosófico que propõe a análise e a mediação dos conflitos gerados nas mais diversas áreas de conhecimento relacionadas às ciências biomédicas e da saúde. O enfoque transdisciplinar da bioética fundamenta-se no respeito e na abordagem dos fatos a partir do paradigma da complexidade,

SUMÁRIO

visto que modelos e soluções padronizados não têm êxito perante os desafios impostos pela pluralidade (PYRRHO *et al.*, 2007).

O termo bioética é atribuído ao teólogo alemão Paul Max Fritz Jahr, que utilizou, pela primeira vez, a palavra no periódico *Kosmos*, em 1927, onde caracterizou a bioética como sendo o reconhecimento de obrigações éticas não apenas com relação ao ser humano, mas para com todos os seres vivos. O oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter utilizou o termo em seu livro *Bioethics: bridge to the future*, em 1971, sendo este considerado o marco inicial da bioética como conceito. Posteriormente, o relatório Belmont¹ representou um importante marco histórico para a bioética. Por meio de sua publicação, iniciou-se a formalização da bioética como campo de atuação. A fundamentação acadêmica da bioética foi reconhecida a partir da proposta teórica de Tom Beauchamp e James Childress, que sistematizaram princípios para a orientação de conflitos no âmbito biomédico em sua publicação *Principles of Biomedical Ethics*, no ano de 1979 (GOLDIM, 2006; DINIZ; GUILHEM, 2002).

Segundo a formulação principialista, a bioética pode ser compreendida e praticada a partir de quatro princípios éticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2012). Tais princípios seriam uma espécie de instrumento simplificado para uma análise prática dos conflitos que ocorrem no campo bioético (GARRAFA, 2005).

O princípio de respeito à autonomia da pessoa na bioética define-se a partir do direito que cada um possui de decidir sobre as questões relativas à sua vida. É dever profissional fornecer a informação necessária para esta tomada de decisão (SCHRAMM *et al.*, 2008).

A beneficência se caracteriza pelo ato de fazer o bem ou maximizar o benefício. Já a não-maleficência seria o oposto, ou gerar o

1 Documento redigido pela Comissão Nacional para Proteção de Direitos Humanos do governo estadunidense, e publicado, no ano de 1978, em resposta a acusações e escândalos envolvendo pesquisas com seres humanos.

SUMÁRIO

menor prejuízo possível. Não-maleficência e beneficência correspondem, historicamente, aos princípios tradicionais da ética hipocrática *primum non nocere e bonum facere*, isto é, estabelecem os deveres profissionais relativos à tradicional ética médica que se refere à moralidade da inter-relação entre o médico e o paciente. O juramento de Hipócrates vem sendo a base da postura ética dos médicos, contudo, as atuais mudanças sociais modificaram intensamente a relação do médico com as pessoas em atendimento, exigindo a adequação da conduta profissional aos novos padrões morais adotados pela sociedade (MUÑOZ, 2004).

A justiça é a obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto, estabelecendo, como condição fundamental, a equidade. Equidade é um termo distinto de igualdade, ou da ideia de que todos devem receber o mesmo sem nenhuma diferenciação. Para se alcançar a equidade, cada um deve receber o que lhe é proporcional, sendo os benefícios equilibradamente distribuídos com o objetivo de tentar igualar os desiguais (AZEVEDO, 2013; MUÑOZ, 2004). A ideia de justiça está comprometida em resguardar o equilíbrio do sistema entre os indivíduos. Nos leva a percepção do “certo” e “errado”, que somente é verossímil na forma de direitos e deveres recíprocos (FORTES; REGO, 2018).

Contudo, a teoria principialista é considerada insuficiente para oportunizar a reflexão filosófica e bioética de modo acentuado e abrangente. Não é possível a aplicação mecânica dos princípios da bioética sem a verificação das singularidades de cada situação. Os valores que emanam de cada princípio devem ser analisados na interação com a situação de conflito bioético e como ela se apresenta (HOSSNE, 2006; JUNGES, 2003).

A Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), no ano de 2005, estabeleceu a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, ratificando a bioética como interligação da ética com os direitos humanos.

SUMÁRIO

A UNESCO conseguiu que os estados membros se comprometessem a respeitar e praticar os princípios fundamentais da bioética. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos reconhece a bioética clínica, social, da pesquisa e ambiental. Dentre seus principais objetivos, está a defesa dos interesses das gerações futuras e a importância da preservação da comunidade como uma preocupação de toda a humanidade (UNESCO, 2005).

A defesa dos interesses de vulneráveis impõe que a bioética brasileira deva ser concebida na contextualização dos problemas da realidade nacional como maior fonte de inspiração e discussão (FINKLER *et al.*, 2009). É fundamental que as reflexões bioéticas sejam incorporadas no funcionamento de sistemas públicos de saúde no que diz respeito às responsabilidades sociais do Estado em priorizar a alocação e distribuição de recursos. A revisão e atualização de códigos de ética das diferentes categorias profissionais e as indispensáveis transformações curriculares das universidades também são responsabilidades de órgãos de Estado (GARRAFA, 2005).

Em se tratando do Código de Ética Odontológico (CEO) vigente no Brasil, tem-se, como resultado, uma construção da categoria profissional para orientar a conduta do cirurgião-dentista na prática profissional. A análise interpretativa do CEO, com relação aos seus princípios bioéticos, demonstra que a autonomia é o mais utilizado. O princípio referido com menor frequência é o da beneficência. A prática odontológica preconiza a tecnologia avançada para refinar e qualificar ações terapêuticas, mas as reflexões éticas, evidenciadas no CEO, não acompanham as transformações morais constatadas na sociedade brasileira contemporânea. O CEO apresenta-se com mais ênfase como um instrumento de proteção aos profissionais, com postura mais corporativista do que moralista (PYRRHO *et al.*, 2007).

SUMÁRIO

A Bioética e o Ensino na Saúde

Quando o processo do ensinar na saúde fica centralizado no saber científico-tecnológico, de forma exclusiva, produzem-se competências profissionais em que o mundo da pessoa recebe pouca visibilidade, sendo a centralidade dada para a doença (ABRAHÃO; MERHY, 2014). O ensino da bioética na graduação possibilita a reflexão sobre temáticas que se conectam ao impacto que as práticas de saúde hipertecnológicas produzem na vida. A exposição aos valores e princípios bioéticos gera uma tomada de decisão diante de desafios que se impõem à medicalização da saúde (JUNQUEIRA *et al.*, 2012). A conscientização dos fundamentos bioéticos e das relações humanas e sociais evidencia-se como essencial na formação profissional. Ser ético implica no entendimento do humano que comporta indivíduos e sociedades (GARCIA; CAETANO, 2008).

A necessidade atual de processos qualificados de humanização dos serviços de saúde conduz ao interesse e visibilidade do tema da bioética nos processos de formação profissional (GRISARD, 2002; KOVÁCS, 2003). A importância da bioética se tornou crescente para a reflexão e compreensão das constantes inovações tecnológicas impostas à área da saúde. A bioética é a área que possui um instrumental teórico apropriado para enfrentar os desafios éticos advindos do exercício das profissões no campo da saúde (ALMEIDA *et al.*, 2008; JUNGES, 2003).

A odontologia vive um processo de transição, do individual clínico para o coletivo epidemiológico e da tecnificação para a humanização. Discute-se o novo perfil profissional almejado e a importância da capacidade de atuação crítica e ética do cirurgião-dentista para trabalhar a favor de transformações sociais. A formação em odontologia deve apresentar algumas características: uma inserção precoce do estudante no contexto profissional, vivências em clínicas integradas com complexidade crescente, melhoria na formação em saúde

SUMÁRIO

coletiva, estratégias para o trabalho em equipe e a diversificação dos cenários de aprendizagem. Porém, sempre buscando uma atuação educativa humanizada, e que coloque o estudante como centro do processo de elaboração da cidadania, preparando-o para ser um promotor de saúde, sensibilizado para o trabalho interdisciplinar no âmbito coletivo (FINKLER *et al.*, 2009).

É um desafio a produção de recursos didáticos que reconheçam a diversidade dos sujeitos existentes no plano de produção que opera entre estudante, professor, pessoa e profissional de saúde (ABRAHÃO; MERHY, 2014). A simples introdução do estudante nos contextos de práticas não promove por si uma formação crítica, sendo essencial a busca de contextos formativos capazes de gerar uma prática reflexiva. Ser ético, numa sociedade plural, demanda habilidades que promovam o respeito à autonomia do ser humano (GARCIA; CAETANO, 2008). Problemas éticos na clínica de ensino são gerados, muitas vezes, porque o paciente é visto apenas como um meio para a consumação do objetivo da aprendizagem, um objeto de ensino, sem a devida preocupação com as necessidades de saúde do paciente (GONÇALVES; VERDI, 2007).

A disciplina de bioética, ministrada de modo isolado, em um amplo currículo, tende a ser insuficiente perante a força de anos de vida acadêmica vivenciando situações em que os valores são banalizados. Enquanto as habilidades técnicas são supervalorizadas, as atitudes morais são degradadas e até invisibilizadas. A avaliação subjetiva costuma assustar docentes e discentes pela pretensa dificuldade de avaliação, deixando desmerecidos os valores e atitudes como o respeito, a empatia, a compreensão, a responsabilidade e a solidariedade. As competências moral e ética dependem das ofertas e oportunidades de experimentação para a sua evolução (FINKLER; NEGREIROS, 2018).

O predomínio do conhecimento fragmentado, gerado pelo modelo educacional, dificulta a percepção da integralidade do ser humano, do espiritual ao biológico. O uso do livro "As Intermittências da

SUMÁRIO

Morte” (SARAMAGO, 2005) como instrumento de ensino para a abordagem da ética e bioética, de estudantes de medicina, demonstrou favorecer a reflexão e a capacidade interpretativa de temas, conhecimentos e princípios bioéticos. Reflexões relevantes sobre a finitude humana e o contato com a morte podem ser originadas, sendo este livro instrumento de grande valor à reflexão do tema das humanidades (SANTOS *et al.*, 2018).

É fundamental que, ao longo da formação, o estudante seja sensibilizado com problematizações bioéticas, a fim de desenvolver responsabilidade na tomada de decisões. Algumas avaliações de estudantes de bioética, sobre as observações aos atendimentos nas clínicas de ensino e impressões quanto às relações interpessoais e ao respeito à dignidade da pessoa, demonstram que o serviço de emergência apresenta conflitos bioéticos, e a roupa branca pode dificultar a aproximação do profissional com a pessoa por denotar superioridade. A introdução à clínica, como método didático adotado pela disciplina de bioética, antecipa o contato com as pessoas, e permite compreender melhor o conteúdo teórico de bioética no que se refere ao relacionamento profissional-pessoa (JUNQUEIRA *et al.*, 2012).

(Des)humanização na saúde e o papel da bioética: do acolhimento ao vínculo

A bioética, por enfatizar valores, deveres e direitos no modo como as pessoas se relacionam, constitui-se como fundamento do processo de humanização na saúde. O trabalho em saúde desenrola-se por meio do encontro entre o trabalhador e o paciente, na produção de atos que promovam cuidado. A humanização está relacionada às condições de trabalho do profissional. Desse modo, os responsáveis pelo gerenciamento dos serviços de saúde tornam-se corresponsáveis pela humanização do atendimento (JUNQUEIRA *et al.*, 2012).

SUMÁRIO

Relações desumanas caracterizam-se como aquelas em que se constata a disparidade entre as pessoas envolvidas, sendo que o lado em vantagem desconsidera necessidades, interesses e desejos do outro, reduzindo-o (CAMPOS, 2005). A humanização na saúde caracteriza-se como o resgate e a satisfação dessas necessidades não supridas. A humanização promove uma prática profissional reflexiva, que procura organizar um cuidado digno, solidário e acolhedor, por meio de uma postura bioética (NEVES *et al.*, 2013; BACKES *et al.*, 2006; MARTINS *et al.*, 2009).

A discussão sobre a humanização na saúde não pode ser feita sem que seja considerada a maneira como o tema está ligado ao processo de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi proposta em 2003, com o objetivo de qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde no SUS, além de produzir atitudes bioéticas no trabalhador (BENEVIDES; PASSOS, 2005; BRASIL, 2004).

Situações consideradas como desumanização expressam mais que falhas bioéticas individuais, pois a prática de um ato humanizado na saúde não está somente relacionada ao enfrentamento de atitudes e comportamentos individuais. A PNH compreende que as práticas desumanizadoras são expressões de formas precárias de organização do trabalho. O enfrentamento do problema e a busca da humanização devem ocorrer pela inclusão nos espaços da gestão, do cuidado e da formação de sujeitos e coletivos. Dentre as principais diretrizes da PNH, cita-se a indissociabilidade entre gestão e cuidado, a valorização do trabalho e o fomento do protagonismo das pessoas com a construção da garantia dos seus direitos. A PNH apresenta tecnologias para conquistar essas diretrizes, e destacam-se, dentre elas: o acolhimento, a gestão democrática e a clínica ampliada. Para a PNH, a formação, enquanto exercício de troca entre sujeitos em situações reais, é inseparável dos processos de mudanças dos modelos de saúde. É necessário que as universidades e seus cursos formem cidadãos-trabalhadores da saúde que assimilem e tenham condições de

SUMÁRIO

interferir sobre múltiplos campos que conformam seus processos de trabalho (BRASIL, 2004). Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS é um meio para se aprimorar as práticas de saúde: acesso como acolhimento, atenção integral, responsabilização e vínculo, além da valorização do trabalhador e da pessoa (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Um estudo com profissionais da unidade de saúde ambulatorial, na Universidade Federal de Viçosa, ocorrido durante uma oficina de educação permanente com a temática da PNH, destacou o papel da educação permanente como instrumento para a garantia do cuidado humanizado. Outro ponto evidenciado foi a necessidade de equipes e técnicos capacitados para escutar as pessoas quanto ao que precisam. Fundamental é perceber o quão importante para a humanização é o processo de subjetivação. Também foi mencionada a significância da existência de uma equipe humanizada que atue como mediadora na promoção de estratégias de acolhimento para que o acesso aos serviços de saúde oportunize o preceito da integralidade (COTTA *et al.*, 2013).

O acolhimento é oportunizador de encontros entre trabalhadores e pessoas em um ambiente de escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, mas também um processo de tomada de decisões. A acolhida concebida como a responsabilização pelas demandas de uma comunidade deve conquistar a incorporação da subjetividade e do reconhecimento das diferenças (NEVES *et al.*, 2013).

Acolhimento em saúde, diferentemente de triagem, envolve receber pessoas com atenção, tempo, vontade de ouvir e valorizar as particularidades de cada paciente, para então ser possível elaborar um plano de tratamento baseado no contexto familiar e social. O acolhimento no SUS pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A escuta qualificada permite identificar demandas, riscos e vulnerabilidades das pessoas, de modo a ofertar o encaminhamento adequado às suas necessidades. O acolhimento tem ajudado na organização do processo

SUMÁRIO

de trabalho, pois produz no profissional uma compreensão mais ampliada das necessidades da pessoa. Por conseguinte, o usuário vê a acolhida como atitude de atenção e respeito (MÂNGIA *et al.*, 2002; VASCONCELOS *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2008).

Um estudo avaliando a percepção de cirurgiões-dentistas do SUS, quanto ao acolhimento, concluiu que os cirurgiões-dentistas demonstraram ter conhecimento no que diz respeito à importância do acolhimento nas equipes de saúde bucal. Contudo, alegaram que a formação profissional deixa a desejar, e não adota processos pedagógicos de treinamento interdisciplinar em saúde social. O acolhimento às vezes é realizado de forma precária devido ao grande volume da demanda, tornando-se uma prática distante do que se espera (MATTOS *et al.*, 2014).

Acesso e acolhimento relacionam-se e complementam-se na perspectiva da integralidade do cuidado. O acolhimento propicia o acesso, permitindo a criação de um vínculo entre profissional e paciente, sendo essencial uma relação acolhedora e humanizada para promover saúde nos níveis individual e coletivo. O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação. Já a acessibilidade extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos culturais, as normas e as técnicas adequadas aos hábitos da comunidade, visando uma oferta de serviços adequada à população (SOUZA *et al.*, 2008).

O vínculo pode ser descrito como uma relação de cumplicidade, concretizando-se no âmbito do acolhimento e sendo ponto de partida para a construção de confiança. Acredita-se que o entendimento do vínculo possa trazer a efetivação do princípio da integralidade, uma vez que permite aos usuários exercerem o seu papel de cidadãos, conferindo maior autonomia em relação à sua saúde, tendo garantidos os seus direitos de fala, argumentação e escolha, permitindo ao profissional conhecer o usuário para que colabore na manutenção de sua saúde. O vínculo amplia a eficácia das ações em saúde, e favorece a participação do usuário na prestação do serviço (GARUZI *et al.*, 2014).

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.
- ALMEIDA, A. M. *et al.* Conhecimento e interesse em ética médica e bioética na graduação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 437-444, 2008.
- AZEVEDO, M. L. N. Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social? **Avaliação**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 129-150, 2013.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 132-5, 2006.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 7ª. ed. New York: Oxford University Press, 2012.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.
- COMTE-SPONVILLE, A. **Pequeno tratado das grandes virtudes**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1996.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de ética odontológico**: Resolução nº 118, de 11 de maio de 2012. Rio de Janeiro, 2012.
- COTTA, R. M. M. *et al.* Debates atuais em humanização em saúde: quem somos nós? **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 171-179, 2013.
- CUNHA, L. L. *et al.* Bioética do cuidado na clínica de ensino: aprendendo com pacientes. **Revista da Abeno**, v. 21, p. 1229, 2021.
- DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética?** São Paulo, SP: Brasiliense, 2002.
- FINKLER, M. *et al.* Um novo olhar bioético sobre as pesquisas odontológicas brasileiras. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1205-14, 2009.

SUMÁRIO

- FLINKER, M.; NEGREIROS, D. P. Formação x educação, Deontologia x ética: repensando conceitos, reposicionando docentes. **Rev. Abeno**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 37-44, 2018.
- FORTES, P. D.; REGO, S. Tem cabimento o que não é justo? A propósito da justificação dos juízos morais. **Bioética**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 22-30, 2018.
- GARCIA; S. J.; CAETANO, J. C. O código de ética odontológica e suas infrações: um estudo sobre os processos ético-profissionais dos cirurgiões-dentistas do estado de Santa Catarina. **Odontol. clín.-cient.**, Recife, v. 7, n. 4, p. 307-313, 2008.
- GARRAFA, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005.
- GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-9, 2014.
- GOLDIM, J. R. Bioética: origens e complexidade. **Rev. HCPA**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.
- GONÇALVES, E. R.; VERDI, M. I. M. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino, **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 755-764, 2007.
- GRISARD, N. Ética médica e bioética: a disciplina em falta na graduação médica. **Bioética**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 97-114, 2002.
- HOSSNE, W. S. Bioética – princípios ou referenciais? **Mundo saúde**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 673-6, 2006.
- JUNGES, J. R. Metodologia da análise ética de casos clínicos. **Bioética**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 33-41, 2003.
- JUNQUEIRA, C. R. *et al.* O ensino de bioética: avaliação discente por meio de fóruns de discussão na Internet. **Acta bioeth.**, Santiago, v. 18, n. 1, p. 93-100, 2012.
- MÂNGIA, E. F. *et al.* Acolhimento: uma postura, uma estratégia. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 15-21, 2002.
- MARTINS, A. A.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 457-474, 2009.
- MATTOS, G. C. M. *et al.* Perception of “Comprehensiveness of Care”: a qualitative study among dentists in the Brazilian Health System. **Braz. oral res.**, v. 29, n. 1, p. 1-7, 2015.

SUMÁRIO

MUÑOZ, D. R. Bioética: a mudança da postura ética. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 70, n. 5, p. 578-9, 2004.

NEVES, M.; PRETTO, S. M.; ELY, H. C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS. **Brasil. Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 364-371, 2013.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos**. In: Conferência Geral da UNESCO, 32, 2005, Paris.

PYRRHO, M. *et al.* Análise bioética do Código de ética Odontológica brasileiro. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1911-18, 2009.

SANTOS, M. R. C.; LINS, L.; MENEZES, M. S. "As intermitências da morte" no ensino da ética e bioética. **Bioética**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 135-144, 2018.

SARAMAGO, J. **As Intermitências da Morte**. Alfragide: Editorial Caminho, 2005.

SCHRAMM, F. R.; PALÁCIOS, M.; REGO, S. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 361-370, 2008.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-10, 2008.

VASCONCELOS, F. N.; VASCONCELOS, E. M.; DUARTE, S. J. H. O acolhimento na perspectiva das Equipes de Saúde Bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica da literatura brasileira. **Tempus (Brasília)**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 115-122, 2011.