

# A aplicação da Bioética nas etapas do tratamento odontológico

*The application of bioethics in the stages of dental treatment*

Fabiano MALUF<sup>I</sup>  
Monique PHYRRO<sup>II</sup>  
João Geraldo BUGARIN JR<sup>III</sup>

Correspondência para/Correspondence to:  
Fabiano MALUF  
maluffabiano@bol.com.br

## RESUMO

Os cirurgiões-dentistas vivenciam cotidianamente questionamentos éticos, sejam eles relacionados aos procedimentos técnicos – oriundos do acelerado avanço científico-tecnológico, sejam eles comportamentais – referentes à relação profissional-paciente. O presente artigo, por meio de revisão de literatura, tem por objetivo ilustrar como a bioética pode contribuir, nas diferentes etapas clínicas, para o exercício de reflexões éticas e para o estabelecimento do diálogo com o usuário de serviços odontológicos. A bioética, portanto, auxilia na construção de uma relação mais simétrica entre profissional e usuário, o que permite a colaboração de ambos para o reestabelecimento e manutenção da saúde.

**Palavras-chave:** Bioética. Odontologia. Consentimento informado. Relação profissional-paciente.

## ABSTRACT

*Dentists experience ethical questionings daily, either related to technical procedures – derived from the accelerated scientific-technological progress, or to behavioral issues – regarding the professional-patient relationship. This article, from a literature review perspective, aims at showing how bioethics can contribute, throughout the different clinical stages, toward the exercise of ethical reflection, and can establish dialogue with users of dental services. As a result, it was found that bioethics assists in building a more symmetric relationship between the professional and user, enabling collaboration from both in the re-establishment and maintenance of health.*

**Keywords:** Bioethics. Dentistry. Informed consent. Health professional-patient relationship.

<sup>I</sup>Doutorando em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Pesquisador associado Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília. <sup>II</sup>Doutora em Bioética, Universidade de Brasília, Analista em Ciência & Tecnologia do Ministério da Ciência e Tecnologia. <sup>III</sup>Doutor em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Professor Titular de Cirurgia Bucocomaxilofacial da Universidade Paulista, campus Brasília.

## INTRODUÇÃO

A prática biomédica encontra um desafio constante de atualização. A incorporação contínua e crescente de aparatos tecnológicos e novos materiais parecem demandar cada vez mais um esforço contínuo dos profissionais da área no intuito de readequar conhecimentos e práticas. Não obstante, esta promessa de uma nova realidade clínica iminente não somente exige uma atualização tecnocientífica constante, como também um referencial ético necessário e seguro.

A rápida transformação dos dispositivos e produtos utilizados no diagnóstico e tratamentos biomédicos impõe também novos, e antes impensados, dilemas e conflitos éticos que se somam àqueles já mais antigos e estabelecidos dilemas cotidianos dos profissionais de saúde<sup>1</sup>.

Na Odontologia o contexto não é diverso. Ela apresenta, no entanto, algumas peculiaridades, devido à sua atenção individual e artesanal<sup>2</sup>. Ademais, a extrema proximidade física entre profissional e o usuário dos serviços odontológicos pode ser bastante prolongada, até mesmo devido à frequência das múltiplas necessidades terapêuticas, o que gera a necessidade de elaboração de planos de tratamento compostos por várias etapas exigindo várias sessões clínicas.

O presente artigo tem como objetivo abordar como a bioética pode ser inserida no campo de atuação da Odontologia, em seus diferentes momentos clínicos de forma a tornar mais equânime a relação entre profissional e usuário, empoderando o paciente tornando-o responsável por sua própria saúde.

## MÉTODOS

O presente estudo, de caráter retrospectivo-descritivo, foi desenvolvido por meio de análise da produção bibliográfica obtida nas seguintes fontes de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (Bireme) – Lilacs; PubMed; SciELO e a base Periódicos Capes. As estratégias de busca incluíram as palavras: “bioética”;

“odontologia”; “consentimento informado”, aqui incluído a variação “termo de consentimento livre esclarecido” e “relação profissional-paciente”.

Foi realizada também uma busca na literatura de livros e periódicos que versavam sobre o assunto e que mais se aproximavam da interface bioética e prática odontológica. Os principais aspectos encontrados nos trabalhos selecionados tratavam do princípio da autonomia, ética e responsabilidade profissional, deontologia, bioética e biossegurança, relação dentista-paciente e bioética de intervenção.

## REVISÃO DE LITERATURA

### As fases terapêuticas na odontologia e o referencial bioético

#### Anamnese

O tratamento odontológico inclui uma fase anterior à intervenção terapêutica propriamente dita, de fundamental importância e muitas vezes negligenciada. Esta fase inicial, a anamnese, consiste em um levantamento de informações imprescindíveis para o correto diagnóstico e tratamento e inclui uma criteriosa investigação dos históricos médico e odontológico do paciente, assim como um exame clínico detalhado que pode ser complementado por exames radiográficos, laboratorial e histopatológico, por exemplo.

Esse primeiro momento é fundamental por diversos motivos: para estabelecer uma relação de confiança entre profissional e usuário, tornando-o participativo em todas as fases de seu próprio tratamento, para o estabelecimento de um diagnóstico correto, mas também devido à dimensão moral decorrente da relação profissional-paciente.

Uma boa anamnese fornece uma ampla gama de conhecimentos que podem ser cruciais para a formulação de hipóteses diagnósticas, como no caso de manifestações orais de determinadas doenças sistêmicas, e para a prescrição terapêutica e prevenção de complicações médicas.

No entanto, indagações sobre a história médica do paciente podem gerar certo estranhamento e contribuir para um início conturbado dessa relação. Alguns aspectos éticos podem ser levantados neste contexto.

O fornecimento de informações sobre doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo, pode causar desconforto durante a entrevista. Às vezes, o paciente omite dados importantes para a terapia, por vergonha ou medo de sofrer preconceito, como acontece na recusa, por parte de profissionais negligentes, a pacientes portadores de HIV/AIDS<sup>3</sup>.

Essa situação pode ser respaldada pela abordagem da ética da responsabilidade. De acordo com Bugarin Jr e Garrafa<sup>4</sup> (2007), o tema da ética da responsabilidade é muito bem trabalhado pelo filósofo alemão Hans Jonas, que defende que a responsabilidade humana corresponde ao dever que cada um possui de agir para que a espécie humana seja preservada em sua integridade.

Nesta perspectiva, o conhecimento específico, que faz com que um confie o corpo aos cuidados de outro, implica uma responsabilidade ao cuidador que ultrapassa os limites dessa relação e que aponta para um fim último de proteger a coletividade<sup>4</sup>.

Outra situação que prejudica frequentemente a anamnese, além do constrangimento sobre o histórico médico-odontológico, é a impressão, por parte do paciente, de que há alguma resposta certa às perguntas realizadas pelos profissionais, o que pode levar ao erro ao gerar o levantamento ou o descarte de hipóteses diagnósticas de forma incorreta.

Desta maneira, tanto a omissão de informações quanto o fornecimento de relatos inverídicos por parte do usuário podem causar prejuízos importantes à qualidade do tratamento e, portanto, à sua saúde. Por outro lado, a negligência do profissional durante a anamnese, muitas vezes motivada por um desejo de “economizar” tempo clínico, traz consequências graves não somente para a adequação do tratamento, como também para a relação com o usuário de seus serviços.

O que se torna evidente é que essa primeira fase, prévia

à intervenção técnica, é o momento ideal para o início da construção de uma relação baseada na colaboração. A fase da anamnese, portanto, é fundamental não somente para o sucesso do tratamento, para a adesão a possíveis prescrições terapêuticas como na higiene e na fase de manutenção do tratamento, mas também para conscientizar o paciente da responsabilidade por sua própria saúde<sup>5</sup>.

Este início da relação profissional e usuário tem uma dimensão moral importante que não pode ser negligenciada. O dentista deve atentar para o princípio da não-maleficência. Este princípio, vindo da tradição hipocrática de *primum non nocere* (antes de tudo não cause danos), é amplamente difundido nas ciências biomédicas e alerta ao profissional da área para a necessidade de que em sua prática evite causar quaisquer tipos de danos ou lesões desnecessários ao paciente<sup>6</sup>.

Por este motivo, na fase diagnóstica, a falta de conhecimento ou atualização científica do profissional pode levar a pedidos de exames desnecessários, como uma exposição excessiva à radiação ou biópsias de lesões clinicamente diagnosticáveis. A importância deste princípio bioético durante a fase diagnóstica fica evidente ao imaginar as possíveis implicações de um diagnóstico errado devido a uma anamnese negligente ou à falta de conhecimento científico.

As consequências podem variar desde a repetição de uma fase clínica pela escolha inadequada de um material odontológico a uma forte reação alérgica a algum medicamento ou material imprudentemente prescrito.

Outra dimensão ética importante é a questão do sigilo em relação às informações prestadas. Tanto os dados colhidos durante os exames como aqueles fornecidos pelos pacientes devem ser restritos ao ambiente profissional. Para isso, é importante enfatizar o cuidado em relação ao armazenamento de prontuários e ao sigilo também da auxiliar e de toda equipe.

Com as informações diagnósticas em mãos, inicia-se a fase de elaboração do plano de tratamento. É importante salientar que, de posse dessas informações, o profissional deve informar ao paciente sua situação clínica e,

para cada necessidade clínica, todas as possíveis terapêuticas, inclusive o não tratamento, com suas vantagens, desvantagens e possíveis implicações para que o paciente tome a decisão.

Embora, teoricamente, atribuir a decisão ao paciente sobre o próprio tratamento pareça fácil e até mesmo uma implicação óbvia, uma prática pouco atenciosa ou que supervaloriza a ciência em detrimento da vontade do paciente leva freqüentemente a uma atitude paternalista.

Assim, o plano de tratamento deve ser elaborado de forma a contemplar a beneficência do paciente, substituindo a assimetria, inicialmente dada pelo conhecimento do cirurhião- dentista, por uma relação mais horizontal, em que o paciente une a capacidade técnica do profissional à sua capacidade de decidir autonomamente o próprio bem.

### **Elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é a consolidação, por meio de um instrumento escrito, do processo deliberativo que ocorre no âmbito da relação profissional-paciente e que legitima e fundamenta a ação clínica decorrente de uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, após processo informativo da natureza do procedimento, suas consequências e riscos<sup>7</sup>.

Em outras palavras, o TCLE é o resultante, e de certa forma a garantia, da autonomia e liberdade do indivíduo em sua escolha do plano de tratamento, porque foi devidamente informado sobre indicações, contra-indicações e possíveis intercorrências terapêuticas e, assim, dentre as possibilidades cientificamente preconizadas, pode selecionar a que lhe parecia melhor.

O que se percebe, porém, que esta afirmação da necessidade do TCLE e principalmente da liberdade de escolha do paciente não são evidentes. É muito comum, entre usuários e profissionais, a percepção de que a escolha deve ser do profissional, já que é seu o conhecimento técnico e científico.

No entanto, essa postura paternalista por parte do

profissional toma do usuário a possibilidade de ser sujeito de suas próprias escolhas, de ser responsável sobre sua própria vida.

Ainda que suficientemente esclarecidas a importância e a necessidade do TCLE, a elaboração deste termo não é tarefa das mais fáceis. Sua redação deve contemplar os esclarecimentos necessários a respeito do tratamento e todas as suas particularidades<sup>8</sup>. Na Odontologia, a multiplicidade de procedimentos e etapas para a reabilitação é um fator complicador.

Por este motivo, deve-se prestar especial atenção à qualidade e clareza das informações cedidas, à compreensão por parte do usuário, à voluntariedade e ao real consentimento, os quatro elementos necessários para que um consentimento informado seja considerado válido<sup>9</sup>.

Segundo Giotri<sup>10</sup> (2003), o TCLE no âmbito da prática clínica é a manifestação do diálogo entre o paciente e o prestador de serviço que, por meio de troca de perguntas e informações, acordam expressamente a respeito de um tratamento específico.

A validade do documento depende da manifestação expressa do consentimento pelo próprio indivíduo que receberá o tratamento após informações claras sobre a intervenção que sofrerá, exceções feitas à incapacidade de autodeterminação ou consciência. São inválidos consentimentos posteriores aos procedimentos e aqueles que forem contrários à ordem pública<sup>10</sup>.

A exigência do termo, no entanto, não deve ser encarada apenas como uma questão contratualista ou como prevenção de possíveis complicações legais, embora também esteja relacionada a estes aspectos. A decisão clínica pautada na autonomia do paciente e manifestada por meio de um TCLE deve figurar como a evidência de um exercício profissional que localiza o indivíduo e sua liberdade no centro da relação<sup>11-12</sup>.

Desta maneira, embora seja uma tarefa que demande tempo e atenção, o TCLE é uma forma de garantir que a prática odontológica seja realizada para a manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Respeitando-se assim a máxima, de que o homem deve ser sempre um fim em si mesmo<sup>13</sup>.

### **Fase clínica ou de intervenção**

A fase clínica pode ser dividida nas etapas de urgência ou tratamento de problemas agudos, readequação do meio ou tratamento e controle de doenças ativas, etapa restauradora da estética e função e acompanhamento ou preservação.

Para cada uma dessas etapas, com o intuito de ilustrar a inserção da bioética no cotidiano clínico, serão levantadas algumas implicações éticas possíveis.

Na urgência, em geral, o paciente encontra-se fragilizado pela dor ou mesmo pelo constrangimento que proporcionam as chamadas urgências estéticas, uma particularidade da área odontológica que não deve ser desconsiderada em seus aspectos sociais e morais.

A vulnerabilidade inerente ao indivíduo que precisa se submeter aos cuidados de outro é aumentada pela situação de urgência, muitas vezes acompanhada de dor aguda. Neste sentido, é importante que o dentista mantenha-se calmo e busque o diálogo mesmo em situações críticas.

Dentro do possível, a autonomia do indivíduo deve ser respeitada. Nem sempre manobras automatizadas e rápidas, como as situações parecem exigir, são as melhores decisões. Dada a vulnerabilidade do usuário, acentua-se a responsabilidade do profissional, nem tanto por tomar a decisão pelo outro, como algumas vezes é necessário, mas por ponderar as necessidades específicas do indivíduo que procura seus serviços neste tipo de situação.

A etapa de readequação do meio impõe outros tipos de demanda moral a esta relação. Nesse momento clínico, não somente a confiança no profissional é necessária, mas cria-se a necessidade de atribuir responsabilidades. É preciso esclarecer qual é o papel do profissional e qual é a importância da mudança de hábitos alimentares e de higiene para o sucesso do tratamento. Se o profissional até este momento não construiu uma relação de respeito à autonomia do paciente, exigí-la no autocuidado se torna muito mais difícil.

O início da etapa restauradora antes que o paciente tome participação no próprio processo de cura e/ou tratamento remonta a uma prática odontológica procedimental intervencionista que não proporciona a reabilitação daquele que é cuidado e o leva, na prática, a uma dependência do dentista para a manutenção da estabilidade de seu quadro clínico.

A fase restauradora, vista de forma reduzida por muitos como o tratamento propriamente dito, traz em si a possibilidade de conflitos morais caso o cirurgião-dentista não contemple em sua prática o que Engelhardt<sup>14</sup>(1998) propõe como única possibilidade de convivência pacífica entre estranhos morais, a tolerância.

Durante a conduta clínica, o bem a se proporcionar ao paciente não é o que o cirurgião-dentista desejaria para si, mas aquele que o indivíduo julgar melhor. Assim, de forma responsável o profissional deve informar todas as terapêuticas que a ciência possibilita, sem ocultar as opções terapêuticas que não realiza.

Não é raro na prática odontológica que ocorram divergências entre as soluções propostas pelo profissional e o desejo do paciente. Neste contexto, ao profissional cabe informar de maneira a se fazer perfeitamente entendido, com uma linguagem clara e compreensível, sobre eventuais danos, desconfortos e riscos que o paciente possa experimentar depois de feita sua escolha.

A importância de se informar adequadamente o paciente está ratificada no Código de Ética Odontológica como dever profissional, cujo não cumprimento é passível de sanção ético-disciplinar. No entanto, para além do temor de punições, a bioética se baseia no pressuposto do diálogo para resolver as discordâncias entre as duas autonomias conflitantes, ou seja, a do profissional e do usuário<sup>15</sup>.

Há inclusive a possibilidade de que estas autonomias não entrem em consenso após o diálogo. Neste caso, não é necessário que nenhuma delas seja prevalente. Estando o paciente bem informado, sua decisão autônoma deve ser respeitada pelo profissional, não sendo este obrigado a realizar um procedimento que não se sente confortável em realizar<sup>16</sup>.

O paciente poderá sempre fazer valer sua autonomia buscando outro profissional que se proponha a realizar o procedimento desejado, resolvendo-se o conflito de forma a não deixar o paciente desamparado.

A etapa de preservação corresponde ao acompanhamento do paciente e manutenção do estado clínico de saúde após o tratamento. Nesta etapa culmina a relação baseada na autonomia e responsabilidade construída ao longo da convivência clínica. O profissional deve reavaliar a adequação e o resultado de sua intervenção técnica e encorajar a postura autônoma do usuário para a manutenção de sua própria saúde.

Nesta e em qualquer etapa do tratamento, o profissional pode recorrer a referenciais bioéticos, como os 4 “Ps”, postulados teoricamente no corpo da Bioética de Intervenção<sup>17</sup>.

Para o exercício de uma prática responsável, a Bioética de Intervenção propõe que as condutas contemplem a prudência, na tomada de decisões frente ao desconhecido, a precaução, frente ao uso de novas tecnologias, a prevenção nas práticas de saúde, intimamente relacionada a uma posição ativa em busca da não-maleficência e a proteção dos vulneráveis<sup>17</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As características da prática odontológica como a proximidade física e a ocorrência de diversas etapas clínicas geram situações morais que devem ser tratadas em suas especificidades.

Neste sentido, a observação e utilização dos referenciais bioéticos possibilitam a construção de uma relação profissional – paciente mais simétrica, de forma a contemplar a dignidade, a integridade e o respeito ao indivíduo.

Nas fases e etapas ilustradas, o olhar bioético busca empoderar os indivíduos, tornando o paciente mais livre em suas escolhas e responsável por sua própria saúde.

O profissional, por sua vez, torna-se mais consciente de seu papel na reabilitação do usuário de seus serviços e mais hábil para lidar com dilemas e conflitos morais decorrentes de sua prática. O diálogo pautado nos referenciais bioéticos, portanto, surge como uma busca pela mediação entre duas autonomias igualmente importantes.

## REFERÊNCIAS

1. Boniolo G, Di Fiori PP. Deliberative ethics in a biomedical institution: an example of integration between science and ethics. *J MedEthics*. 2010; 36(7): 409-14.
2. Aguirre MIFL. La bioética en la relación clínica en odontología. *Rev Assoc Dental Mexicana*. 2003; 60(6): 233-9.
3. Maruyama NT, Ramos DL. A discriminação no atendimento odontológico a pacientes com HIV+. *O Mundo da Saúde*. 1996; 20(4): 149-53.
4. Bugarin Jr. JG, Garrafa V. Bioética e Biossegurança: o uso de biomateriais na prática odontológica. *RevSaude Pública*. 2007; 41(2): 223-8.
5. Garbin CAS, Gonçalves PE, Garbin AJI. Consentimiento informado em la práctica odontológica brasileña: sus aspectos éticos y legales. *Acta OdontolVenez*. 2006; 44(2): 261-4.
6. Garrafa V. Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. *Jornal Medicina. Conselho Federal de Medicina*. 1998; 97: 28.
7. Garbin CAS, Garbin AJI, Santos CA, Gonçalves PE. Percepción del cirujano-dentista respecto del uso del consentimiento informado em el tratamiento odontológico. *Acta Bioeth*. 2009; 15 (1): 106-11.
8. Sales-Peres SHC, Sales-Peres A, Eleutério ASL, Oliveira JLG, Gigliotti MP. Termo de consentimento livre e esclarecido aos usuários de clínicas odontológicas brasileiras: aspectos éticos e legais. *CienSaude Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1): 805-12.
9. Maluf F, Carvalho GP, Diniz Jr JC, Bugarin Jr JG, Garrafa V. Consentimento livre esclarecido em Odontologia nos hospitais públicos do Distrito Federal. *CienSaude Coletiva*. 2007; 12(6): 1737-46.
10. Giostri HT. Sobre o consentimento informado: sua história e valor. *J Vasc Br*. 2003; 2(3): 267-70.
11. Maluf F. Relação profissional-paciente e bioética: uma discussão sempre atual. *Rer Assoc Med Bras*. 2012; 58(1):7-7.
12. Rodríguez W, Capote CJ, Sánchez MC, Saquelli A. Consideraciones bioéticas en el manejo del dolor en odontología. *Acta Odontol Venez*. 2010; 48(4): 1-7.
13. Kant I. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Porto: Edições 70; 2009. 138p.
14. Engelhardt Jr HT. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Editora Loyola; 1998. 518 p.
15. Pyrrho M, Machado MM, Cordón J, Garrafa V. Análise bioética do Código de Ética Odontológica. *Cien Saude Coletiva*. 2009; 14(5):1911-8.
16. Ferro M, Rodríguez W, Torre EV. Consentimiento informado de interes para el odontólogo. *Acta Odontol Venez*. 2009; 47(1): 205-12.
17. Garrafa V, Porto D. Intervention Bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*. 2003; 17(5-6): 399-16.