PATRÍCIA ELAINE GONÇALVES

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE REALIZAM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO NA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP, SOBRE ASPECTOS BIOÉTICOS, ÉTICOS E LEGAIS NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

ARAÇATUBA

2005

PATRÍCIA ELAINE GONÇALVES

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE REALIZAM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO NA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP, SOBRE ASPECTOS BIOÉTICOS, ÉTICOS E LEGAIS DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de MESTRE.

Orientadora: Profª Adj. Cléa Adas Saliba Garbin

ARAÇATUBA

2005

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

Gonçalves, Patrícia Elaine
G635a Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas que realizam curso de especialização na Universidade Estadual Paulista – UNESP, sobre aspectos bioéticos, éticos e legais do tratamento odontológico / Patrícia Elaine Gonçalves. – Araçatuba: [s.n.], 2005. 109 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2005.
Orientador: Profa. Dra. Cléa Adas Saliba Garbin

1.Odontologia. 2.Relações profissional-paciente. 3.Bioética. 4.Ética odontológica. 5.Odontologia legal.

Black D5
CDD 617.601

Este trabalho é fruto de esforços, lutas, e amor de meus pais, Elias e Helena, por me oferecerem aquilo que não tiveram oportunidade de ter, como de minha família, Silvia, Alessandra, Izabel, Irene e Antonio Carlos, pelo apoio constante e pela alegria.

A todos dedico mais esta conquista.

A Deus, meu Senhor...

Agradeço por permitir e me capacitar, pois só sob tua graça e em seus caminhos posso viver a verdadeira felicidade. Os méritos deste trabalho são teus, Senhor e, as falhas, minhas.

Agradeço especialmente,

À minha orientadora, Profª. Adj. Cléa Adas Saliba Garbin, pela amizade e paciência de ensinar, pela confiança em mim depositada, pela competência, determinação e profissionalismo com que me ajudou a realizar este trabalho.

À Profª. Drª. Nemre Adas Saliba, pela criação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, pelo carinho de mãe aos alunos e em especial pelo amor dedicado à Odontologia Brasileira.

Ao Prof. Dr. Orlando Saliba, pela atenção e carinho dados, e por demonstrar com simplicidade seu conhecimento de professor.

À Profª. Adj. Suzely Adas Saliba Moimaz, por proporcionar o aprimoramento e capacitação de ser mestre.

A toda família Saliba, pela alegria e calor de família.

À Profª. Adj. Mônica da Costa Serra, da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, pela paciência e ensinamento dos meus primeiros passos, em Araraquara, para conseguir essa conquista.

Aos meus “irmãos” Alessandra, Bruno, Cláudio, Lívia, Keila, Nelly, Wanilda pelo convívio e alegria durante todo o curso.

À minha amiga Profª Drª Débora Barbosa, pelo apoio e amizade desde Araraquara.

À minha abençoada família: Elias, Helena, Alessandra, Silvia, Izabel, Irene, Antonio Carlos pelo carinho, paciência e alegria nos meus retornos ao Lar. Em especial a minha irmã gêmea Silvia pelos momentos decisivos... pela saudade... e pelo apoio, para que eu seguisse em frente.

Ao Wilson que, além de ser um presente de Deus em minha vida, me auxiliou desde minha chegada em Araçatuba e, principalmente, por compreender as minhas constantes ausências e preocupações.

Meus agradecimentos,

Ao Prof. Dr. Paulo Roberto Botacin e ao Prof. Dr. Célio Percinoto, Diretor e Vice-diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista, campus de Araçatuba.

À Profª. Adj. Cléa Adas Saliba Garbin e à Profª. Adj. Suzely Adas Saliba Moimaz, coordenadora e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social.

Aos Professores Doutores Artênio José Isper Garbin, Cléa Adas Saliba Garbin, Dóris Hissako Sumida, Eliel Soares Orenha, Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld, Nemre Adas Saliba, Orlando Saliba, Renato Herman Sundfeld, Renato Moreira Arcieri, Silvio José Mauro, Suzely Adas Saliba Moimaz e demais professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, Neusa Martins

Rovina Antunes, Nilton César Souza, Sônia Maria Batista de Souza Costa (in memoriam) e Valderez Freitas Rosa.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia da UNESP-Araçatuba, em especial à Ana Cláudia Martins Grieger Manzatti, pela correção deste trabalho.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UNESP-Araçatuba, Francisco Inácio Pinheiro, Marina Midori Sakamoto Kawagoe e Valéria de Queiroz Zagatto.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, Alessandro, Ana Paula Dossi, Ana Valéria, Andréia, Cezar, Daniela, Eduardo, Jeidson, Joildo, Karina, Maria de Loudes, Natanael, Ricardo, Ronald.

À Fundação Mirim de Araçatuba e a Cirurgiã-dentista Neusa Keiko Minatogawa, pelos momentos alegres e maravilhosos, pelos ensinamentos de vida e pela contribuição no meu estágio de docência.

À CAPES, pelo financiamento da bolsa de estudos.

A todos que de certa maneira passaram pela minha vida e ajudaram para a conclusão deste trabalho...aos pacientes, alunos, professores, amigos, familiares...

... de coração... muito obrigada.

“Feliz o homem que preserva na sabedoria,
que exercita na prática da justiça,
e que, em seu coração, pensa no olhar de Deus que tudo vê”

(Eclo 14, 22)

Gonçalves PE. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas que realizam curso de especialização na Universidade Estadual Paulista – UNESP, sobre os aspectos bioéticos, éticos e legais do tratamento odontológico [Dissertação]. Araçatuba: UNESP – Universidade Estadual Paulista; 2005.

RESUMO

Os aspectos bioéticos, éticos e legais não devem ser negligenciados pelos cirurgiões-dentistas durante o tratamento odontológico, pois este não se restringe apenas ao ato clínico, mas abrange desde a relação profissional/paciente até a documentação odontológica. Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas (n=163) que realizam curso de especialização na Universidade Estadual Paulista – UNESP, sobre esses aspectos. Foi realizado um estudo transversal descritivo, por meio de um questionário semi-estruturado. As respostas quantitativas foram analisadas pelo programa Epi Info 6.0.4, por meio de levantamento das porcentagens e as respostas qualitativas, através da análise de conteúdo, pela técnica de análise categorial, conforme preconizado por Bardin (1994). Em relação aos aspectos bioéticos, 88,1% citam que a decisão sobre o tratamento deve ser resultado em comum acordo entre o profissional e o paciente, porém 26,4% relatam que a participação do paciente e/ou seu representante legal pode interferir de maneira negativa, quando os mesmos optam pelo tratamento menos vantajoso. Já a atuação do profissional, quando o paciente escolhe um tratamento menos conveniente, 95,6% dos entrevistados tentam convencê-lo a optar pelo tratamento melhor. Apesar de todos os entrevistados considerar importante à

interação profissional/paciente, 20,3% não souberam relacionar sua importância para o tratamento odontológico. Sobre os aspectos éticos, observamos que 89,4% alegam apresentar todas as alternativas de tratamento quando o caso possui mais de uma, mas a linguagem utilizada por 48,1% dos entrevistados é técnica, dificultando o entendimento do paciente. Antes do tratamento odontológico, apenas 22,6% obtém o consentimento livre e esclarecido, enquanto 48,4 % dos pesquisados adquirem a autorização do paciente. No que tange aos aspectos legais, 43,5% não consideram ou não sabem que a Odontologia seja regulamentada pelo Código de Defesa do Consumidor. Dentre os pesquisados, 63,3% atribuem que uma boa documentação assinada pelo paciente torna-se uma prova legal em uma eventual ação judicial. Os principais documentos mencionados pelos entrevistados e que compõem o prontuário dos mesmos foram anamnese (78,9%), odontograma (61,7%), plano de tratamento (58,6%), identificação (42,1%) e radiografias (32,3%). Conclui-se que há falta de conhecimento, por parte dos cirurgiões-dentistas, sobre esses aspectos inerentes à sua profissão, ficando vulneráveis a futuros problemas éticos e judiciais, entre outros.

Palavras-chave: Odontologia. Relações profissional-paciente. Bioética. Ética odontológica. Odontologia legal.

Gonçalves PE. Knowledge evaluation for dentist-surgeons conductind specialization courses in at São Paulo State University - UNESP, on bioethical, ethical and legal aspects of the dental treatment [Dissertation] Araçatuba: UNESP – São Paulo State University; 2005.

ABSTRACT

The bioethics, ethicals and legals aspects should not be neglectful by the dentist-surgeons during dental treatment, because it doesn't limit to the clinical action, but it includes since the professional/patient relationship to the dental documentation. Our study aimed at evaluating dentist-surgeons' knowledge (n=163) when conducting specialization courses at São Paulo State University – UNESP, on these aspects. A descriptive traversal study was conducted, through a semi-structured questionnaire. The quantitative answers were analyzed by the program Epi Info 6.0.4, through survey of the percentages and the qualitative answers, through the content analysis, by category analysis technique as advocated by Bardin (1994). In relationship to bioethics aspects, Out of the people surveyed, 88.1% mentioned that a decision for the dental treatment should be made by mutual agreement between professionals and patients, however, 26.4% report that patients' or their legal representative's participation in treatment decision-making can cause negative interference, since they can choose a type of treatment that dentist-surgeons will not deem as the most proper one. On professionals' acting when patients choose a less suitable treatment, 95.6% of these try to convince patients that it is not the best choice and persuade them for a better one by keeping the paternalistic model. It was noticed that 20.3% did not know how to relate the importance of professional-

patient interaction as regards the dental treatment. About the ethical aspects, 89.4% alleged that they inform patients about all the alternatives of treatment when the case involves more than one. As regards the legal ethical test requested to patients prior to treatment, only 22.6% ask for the informed consent term, while 48.4% obtain the authorization. As for the language used by the professionals, we noticed that 50.6% make use of layman's language and 5.6% make use of both layman's language and technical language. With respect to the legal aspects, about Professional-patient relationship Regulation by Consumer's Defense Code, only 56.5% take this regulation into account. As for the legal test that the professionals deem as necessary in a casual lawsuit, 63.3% pointed to important documents signed by the patient, while 32.3% referred to service contract, despite this type of agreement has not been contracted by many. The main documents mentioned by the professionals, including their record were: anamnesis (78.9%), odontogram (61.7%), treatment plan (58.6%), identification (42.1%), and X-rays (32.3%). It was concluded that it is lack of knowledge, of the part of dentist-surgeons, about those inherent aspects to their profession, being vulnerable to future ethical and legal problems, among others.

Keywords: Dentistry. Professional-patient relations. Bioethics. Ethics dental. Forensic dentistry.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC	Código Civil
CDC	Código de Proteção e Defesa do Consumidor
CEO	Código de Ética Odontológica
CFO	Conselho Federal de Odontologia
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

LISTA DE FIGURAS

Capítulo 1

Gráfico 1 Distribuição percentual segundo a especialização cursada pelo cirurgião-dentista. Araçatuba – SP. 2005. 40

Gráfico 2 Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista sobre a decisão do tratamento odontológico. Araçatuba - SP. 2005. 41

Gráfico 3 Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista sobre a participação do paciente e/ou representante legal na decisão de tratamento. Araçatuba – SP. 2005. 42

Gráfico 4 Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista sobre atuação do profissional, quando o paciente opta por um tratamento menos conveniente. Araçatuba – SP. 2005. 43

Capítulo 2

Gráfico 1 Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista sobre a apresentação de todas as alternativas de tratamento, quando o caso possui mais de uma opção. Araçatuba – SP. 2005. 69

Gráfico 2 Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista sobre qual prova ético-legal deve ser solicitada ao paciente antes do tratamento odontológico. Araçatuba – SP. 2005. 70

Gráfico 3 Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista quanto à linguagem utilizada no tratamento odontológico. Araçatuba – SP. 2005. 71

Capítulo 3

Gráfico 1	Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista quanto à regulamentação da relação profissional/paciente na Odontologia pelo Código de Defesa do Consumidor. Araçatuba – SP. 2005.	92
Gráfico 2	Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista quanto ao paciente ser considerado como consumidor. Araçatuba – SP. 2005.	93
Gráfico 3	Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista quanto à prova legal em uma eventual ação judicial. Araçatuba – SP. 2005.	94
Gráfico 4	Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista sobre a forma de estabelecimento do contrato de prestação serviço. Araçatuba – SP. 2005.	94
Gráfico 5	Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista quanto aos documentos que compõem o prontuário odontológico. Araçatuba – SP. 2005.	95

LISTA DE QUADROS

Capítulo 1

Quadro 1 Cursos de especialização oferecidos segundo as Faculdades de Odontologia da Universidade Estadual Paulista - UNESP. Araçatuba – SP. 2005. 39

Quadro 2 Distribuição da freqüência absoluta e relativa da opinião do cirurgião-dentista quanto às categorias referentes à importância da interação profissional/paciente para o tratamento odontológico. Araçatuba – SP. 2005. 44

SUMÁRIO

1 Introdução geral 24

2 Avaliação co conhecimento dos cirurgiões-dentistas que realizam curso de especialização na Universidade Estadual Paulista – UNESP, sobre aspectos bioéticos do tratamento odontológico 27

2.1 Resumo 28

2.2 Abstract 30

2.3 Introdução e revisão da literatura 31

2.4 Objetivos 37

2.5 Material e método 38

2.6 Resultados 39

2.7 Discussão 45

2.8 Conclusão 50

2.9 Consideração final 50

2.10 Referências 51

3 Avaliação co conhecimento dos cirurgiões-dentistas que realizam curso de especialização na Universidade Estadual Paulista – UNESP, sobre aspectos éticos do tratamento odontológico 56

3.1 Resumo 57

3.2 Abstract 59

3.3 Introdução e revisão da literatura 60

3.4 Objetivos 67

3.5 Material e método 68

3.6 Resultados 69

3.7 Discussão 72

3.8 Conclusão 75

3.9 Consideração final 75

3.10 Referências 76

4 Avaliação co conhecimento dos cirurgiões-dentistas que realizam curso de especialização na Universidade Estadual Paulista – UNESP, sobre aspectos legais do tratamento odontológico 80
4.1 Resumo 81
4.2 Abstract 83
4.3 Introdução e revisão da literatura 84
4.4 Objetivos 90
4.5 Material e método 91
4.6 Resultados 92
4.7 Discussão 96
4.8 Conclusão 100
4.9 Consideração final 100
4.10 Referências 101
ANEXOS 105

1 INTRODUÇÃO GERAL

A relação profissional/paciente não fica restrita ao ato clínico, mas abrange desde os aspectos ligados à interação profissional/paciente até a documentação odontológica. Nesse cenário estão engajados aspectos bioéticos, éticos e legais vigentes, que tornam essa relação de caráter horizontal, recíproca e democrática.

Apesar da Bioética ser extremamente ampla e tratar de temas polêmicos como clonagem, aborto, eutanásia e estudo com células-tronco embrionárias, na Odontologia, o estudo dos seus aspectos não pode ser negligenciado, principalmente no que diz respeito à relação profissional/paciente e sua importância para o bom andamento e sucesso do tratamento odontológico.

Essa interação profissional/paciente também está ética e legalmente alicerçada nos códigos vigentes, como, por exemplo, no Código de Ética Odontológica - CEO, no Código de Defesa do Consumidor - CDC, Lei 8078/90, e no Código Civil - CC, Lei 10.406/ 2002, que ressaltam a importância da responsabilidade do profissional e a reciprocidade do paciente na discussão e decisão sobre seu tratamento.

Deve-se ter em mente que esses aspectos não interagem no tratamento odontológico de forma isolada, mas se inter-relacionam constantemente, e às vezes se sobrepõem. Isso será observado no decorrer do nosso trabalho.

A finalidade deste trabalho é auxiliar, na Odontologia, os cirurgiões-dentistas para uma melhor relação profissional/paciente na prática clínica e na prevenção de eventuais problemas ético-jurídicos.

O presente estudo foi desenvolvido e será apresentado em três manuscritos, os quais abordam o conteúdo sobre aspectos bioéticos, éticos e legais, que estão envolvidos no tratamento odontológico.

O primeiro capítulo discorre sobre aspectos bioéticos no tratamento odontológico e resultados que compreendem desde quem deve decidir sobre o tratamento e a participação do paciente e/ou seu responsável legal, até a importância da interação profissional/paciente para o tratamento.

O segundo capítulo compreende sobre os aspectos éticos no tratamento odontológico, abrangendo resultados relacionados diretamente ao Código de Ética Odontológica e sua aplicação durante o atendimento clínico.

O terceiro capítulo está direcionado para os aspectos legais no tratamento odontológico, incluindo resultados sobre a documentação odontológica utilizada e sua importância em uma eventual ação judicial e, ainda, sobre a regulamentação da Odontologia pelo Código de Defesa do Consumidor.

2 CAPÍTULO 1

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE REALIZAM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO NA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP, SOBRE ASPECTOS BIOÉTICOS DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

KNOWLEDGE EVALUATION FOR DENTIST-SURGEONS CONDUCTING SPECIALIZATION COURSES AT SÃO PAULO STATE UNIVERSITY – UNESP, ON BIOETHICAL ASPECTS OF THE DENTAL TREATMENT

2.1 RESUMO

A relação profissional/paciente e sua importância para o bom andamento, e sucesso do tratamento odontológico devem ser refletidas mediante aos seus aspectos bioéticos. Nosso estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas (n=163) que realizam curso de especialização na Universidade Estadual Paulista – UNESP, sobre esses aspectos. Dentre os pesquisados, 88,1% mencionam que a decisão do tratamento odontológico deve ser realizada em comum acordo entre o profissional e o paciente, porém, 26,4% relatam que a participação do paciente e/ou seu responsável legal na decisão do tratamento pode interferir de maneira negativa, porque o mesmo pode escolher um tratamento que o cirurgião-dentista julga não ser o mais adequado. Sobre a atuação do profissional quando o paciente

opta por um tratamento menos conveniente, 95,6% desses tentam convencê-lo de que não é a melhor opção e que mude para a melhor, mantendo o modelo paternalístico. Foi observado que 20,3% não souberam relacionar a importância da interação profissional/paciente para o tratamento odontológico. Conclui-se que muitos cirurgiões-dentistas não estão levando em consideração esses aspectos bioéticos na prática clínica diária.

Palavras-chaves: Bioética. Relações profissional-paciente. Conduta na prática dos dentistas. Autonomia pessoal. Paternalismo.

2.2 ABSTRACT

Professional-patient relationship and its importance for a good performance and success of the dental treatment must be reflected upon by means of their bioethical aspects. Our study aimed at evaluating dentist-surgeons' knowledge (n=163) in conducting specialization courses at São Paulo State University – UNESP, on these aspects. Out of the people surveyed, 88.1% mentioned that a decision for the dental treatment should be made by mutual agreement between professionals and patients, however, 26.4% report that patients' or their legal representative's participation in treatment decision-making can cause negative interference, since they can choose a type of treatment that dentist-surgeons will not deem as the most proper one. On professionals' acting when patients choose a less suitable treatment, 95.6% of these try to convince patients that it is not the best choice and persuade them for a better one by keeping the paternalistic model. It was noticed that 20.3% did not know how to relate the importance of professional-patient interaction as regards the dental treatment. It was therefore concluded that many dentist-surgeons are not taking these bioethical aspects into account in daily clinical practice.

Keywords: Bioethics. Professional-patient relation. Dentist's pratice patterns. Personal Autonomy. Paternalism.

2.3 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

O termo Bioética surgiu na década de 70, precisamente em 1971, mencionado pelo oncologista americano Van Rensselaer Potter em seu trabalho *Bioethics: brigde to the future* – Bioética: uma ponte para o futuro, pelo qual destacava a necessidade de um acompanhamento ético às pesquisas científicas, especificamente aquelas envolvendo seres humanos, devido à necessidade de dar garantia à vida humana (FREITAS; HOSSNE, 1998; RAMOS et al., 2001; LOLAS, 1999).

Segundo a *Encyclopedia of Bioethics* a Bioética é "um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética). Pode-se defini-la ainda como o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo visão, decisão, conduta e normas morais das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar" (REICH, 1995).

Todavia, a Bioética atual não deve ser confundida com uma reformulação da ética filosófica tradicional ou como uma nova deontologia profissional (LOLAS, 1999).

Atualmente, a Bioética é considerada como uma nova reflexão, porque trata e traz em sua bagagem variados temas polêmicos, desde aborto, eutanásia, clonagem, estudo com células-tronco embrionárias, transplantes, entre outros, sendo assim palco de conflitos morais e éticos. Para Garrafa (1995) a “prática” bioética é resultante de uma

ação multifatorial e complexa, decorrente da existência de um pluralismo cultural, político e moral em nossa sociedade.

A Bioética se faz presente na área da saúde, tanto nas pesquisas científicas, que resultam no progresso da profissão, como na interação profissional/paciente (GARRAFA, 2003; PINTO CISTERNAS, 1999).

Referente às pesquisas científicas que se sucedem com o envolvimento de seres humanos, tanto de forma direta como indireta, estão em vigor a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 e suas resoluções complementares, promulgadas pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, pelas quais fica determinado como obrigação do pesquisador responsável obter a anuência da pessoa que irá participar da pesquisa, desenvolvendo uma pesquisa ética e de qualidade (BRASIL, 2000).

Já no atendimento clínico, a bioética dá enfoque à relação profissional/paciente. Porém, cabe aos odontólogos entendê-la, transferi-la, adequá-la e aprimorá-la para o seu cotidiano clínico.

Antigamente, a relação entre profissionais da saúde e seus pacientes era direcionada à concepção do processo saúde-doença. A doença era percebida como fruto da magia, do pecado ou das circunstâncias extra-humanas, e em suas práticas de cura não se observava à autonomia do indivíduo, pois o mesmo necessitava de auxílio moral, e os responsáveis por essas práticas de cura eram tratados como agentes morais (FORTES,1998).

Posteriormente, estabeleceu-se a tradicional doutrina hipocrática dos médicos, a qual se estendeu às outras profissões de saúde e não estimulava a autonomia dos pacientes, privilegiando a ação beneficente por parte dos profissionais, que tratavam de “fazer o bem” ou “cuidar do paciente”, ainda que contrariamente à vontade do mesmo. Essa situação era denominada de Paternalismo, pela qual ficava estabelecida uma relação vertical, em que o profissional detentor do conhecimento técnico, teórico e legal das doenças, tratava como subjetiva qualquer dúvida ou questão que o paciente tivesse sobre o seu tratamento (BAÚ, 2000).

Contudo, esse modelo paternalístico deveria ser abolido no momento em que o paciente torna-se ativo por meio do seu reconhecimento autônomo e da necessidade de reciprocidade frente ao tratamento, resultando em uma relação de caráter horizontal, simétrica e democrática, rompendo a primazia da beneficência pelo profissional (GARRAFA, 2003; GREZ, 1999; JUNQUEIRA, 2002; MANJI, 1994; MUÑOZ, 2004).

Em 1978, por meio do *Belmont Report* - Relatório de Belmont, redigido pelo Congresso dos Estados Unidos, ficaram estabelecidos os princípios da Bioética, os quais consistiam em princípios éticos básicos que deveriam guiar a investigação em seres humanos, pelas ciências do comportamento e pela Biomedicina, sendo eles: a) a autonomia ou o direito das pessoas de auto governar-se por meio de suas opiniões e

escolhas, segundo seus valores e crenças pessoais; b) a beneficência, que se traduz na obrigação do profissional de não causar dano, maximizando benefícios ao paciente; c) a justiça ou imparcialidade na distribuição dos riscos e dos benefícios, não se podendo tratar uma pessoa de maneira distinta da outra, salvo que haja entre ambas alguma diferença relevante, resultando na eqüidade social (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Em 1979, os autores Beuachamp e Childress publicaram o livro *Princípios da Ética Biomédica*, no qual é feita uma análise sistemática dos princípios até então descritos pelo Relatório de Belmont, e sugeriram um quarto princípio, o da não-maleficência, pelo qual o profissional-pesquisador não deve causar dano algum ao paciente, no caso de não lhe proporcionar benefícios.

Esses quatro princípios caracterizaram e solidificaram a tão indiscutível Teoria Principialista que, por muito tempo, serviu como um "guia" ético para os profissionais que, se o seguissem, tornariam sua ação sempre correta. Assim, por meio desta teoria, a Bioética "instrumentalizou-se" e começou a dar respostas a todas as questões que surgissem, mediante uma análise de "disputa" entre esses princípios, ou seja, aquele que predominasse, seria a resposta do problema em questão (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Muitas críticas sobrevieram a essa teoria, até pelos próprios autores Beuachamp e Childress, em 1994, porque esses princípios éticos

preconizados não deveriam ser utilizados como fundamentos para a atuação do profissional, e sim como referencial para cada dúvida ou questão que sobreviesse ao atendimento clínico. Ademais, cada paciente deve ter a sua particularidade de atenção, planejamento e execução, diferentes dos outros pacientes, pois existem fatores envolvidos, como o sócio-político e o cultural, entre outros (JUNGES, 2003).

Utilizando-se os princípios éticos principialistas como referencial, o paciente poderá estar exercendo a sua autonomia, tanto por meio da exposição dos seus desejos e expectativas ao profissional, frente ao tratamento odontológico ao qual irá se submeter, como também por decidir em comum acordo com o profissional sobre suas opções, sem restrição ou coação, por mais benéficas que sejam as intenções do cirurgião-dentista, embasado em seus próprios valores e convicções (DINIZ; GUILHEM, 2002; HASEGAWA; MATTHEUS, 1996; RINCHUSE et al., 1995; SILVA, 2002). Assim, o paciente é valorizado como fim e não como meio no tratamento.

Segundo Almeida (1996) e Correia (1996), o diálogo entre o profissional e o paciente é de suma importância para o tratamento odontológico. Através do mesmo deverá tanto ser maximizada a autonomia do paciente por meio da expressão de suas dúvidas, anseios e angústias, quanto à segurança do cirurgião-dentista de que entendeu as razões das objeções do paciente e foi compreendido por ele.

Por muito tempo, a beneficência foi confundida com o paternalismo, em que o paciente leigo no assunto tornava-se vulnerável (de acordo com o princípio de Hipossuficiência), por não ser capaz de avaliar corretamente e adequadamente o serviço prestado e por não possuir o conhecimento técnico e científico do profissional (HISSA, 2003). Além disso, o paciente se sentia inseguro frente a esta situação e acreditava que a solução, ou a indicação do profissional seria o melhor tratamento (TERRA et al., 2000).

Todavia, hoje, a beneficência do profissional não fica restrita à "negociação" em si, mas adentra no tratamento, o qual deverá ser executado pelo profissional de maneira correta, embasado em teoria e técnicas previamente sedimentadas na literatura científica, e em comum acordo com o paciente (GARRAFA, 2003).

2.4 OBJETIVOS

No que tange aos aspectos bioéticos, averiguamos, por meio do nosso estudo, os seguintes itens:

- De quem deve ser a decisão sobre o tratamento odontológico;
- A interferência da participação do paciente e/ou responsável legal na decisão do tratamento;
- Atuação do profissional, quando o paciente opta por um tratamento menos conveniente sob a ótica do cirurgião-dentista;
- A importância da interação profissional/paciente para o tratamento odontológico.

2.5 MATERIAL E MÉTODO

Nosso trabalho refere-se a um estudo transversal descritivo. O projeto obteve aprovação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, sob protocolo nº 2004/01098.

Realizou-se a elaboração de um questionário semi-estruturado e, por meio de um projeto piloto, adequamos esse instrumento de coleta. Antes das questões propriamente ditas, inserimos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual esclarecia aos possíveis participantes sobre a voluntariedade da participação, a manutenção do sigilo de suas identidades (apesar de não ser solicitada à identificação dos respondentes), e a publicação dos dados obtidos com o presente trabalho. Foram respeitados os ditames da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e suas resoluções complementares.

Para análise das respostas quantitativas, utilizamos o programa Epi Info versão 6.04, pelo qual realizou-se o levantamento das suas freqüências e porcentagens. Já as respostas qualitativas foram analisadas por meio de análise conteúdo, pela técnica de análise categorial, conforme preconizado por Bardin (1994).

2.6 RESULTADOS

Foram entregues 212 questionários, que correspondem à população de cirurgiões dentistas que realizam curso de especialização na Universidade Estadual Paulista – UNESP, nas Faculdades de Odontologia de Araraquara, Araçatuba e São José dos Campos. Obtivemos retorno de 163 (76,9%) dos mesmos.

Dentre as especialidades ministradas na Universidade, a Endodontia, Ortodontia e Prótese Dentária estão presentes nas três faculdades (Quadro 1).

Quadro 1- Cursos de especialização oferecidos segundo as Faculdades de Odontologia da Universidade Estadual Paulista - UNESP. Araçatuba – SP. 2005.

Araçatuba	*Araraquara*	*São José dos Campos*
Dentística	**Dentística**	**----------**
Endodontia	**Endodontia**	**Endodontia**
Implantodontia	**Implantodontia**	**----------**
Odontopediatria	**----------**	**----------**
Odontologia Preventiva e Social	**----------**	**----------**
Ortodontia	**Ortodontia**	**Ortodontia**
Periodontia	**Periodontia**	
Prótese Dentária	**Prótese Dentária**	**Prótese Dentária**

Referente aos respondentes, podemos observar por meio do Gráfico 1, que a população estudada compreende principalmente em alunos que cursam as seguintes especialidades: Endodontia (17,8%), Ortodontia e Implantodontia (14,7% cada uma) e, Prótese Dentária e Dentística (14,1% cada).

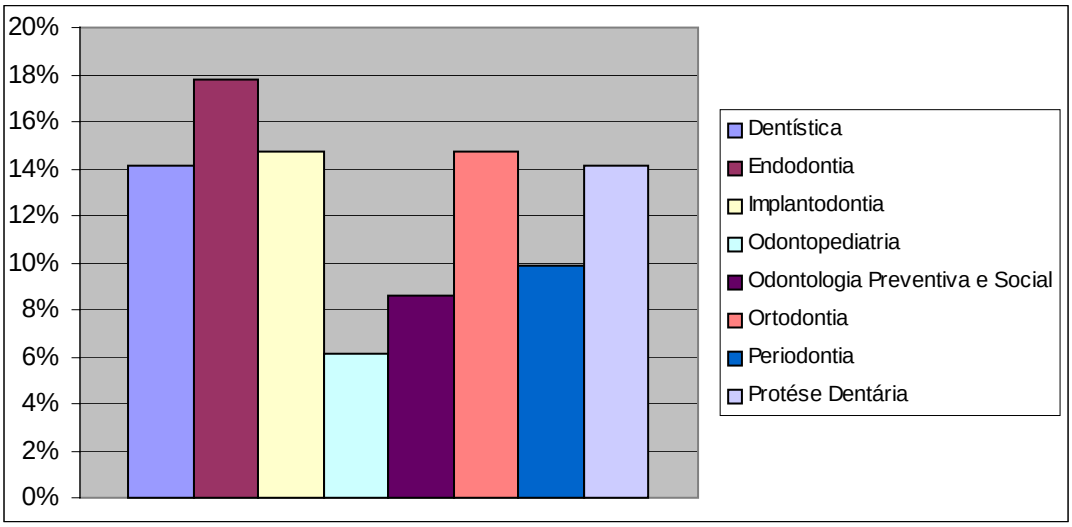
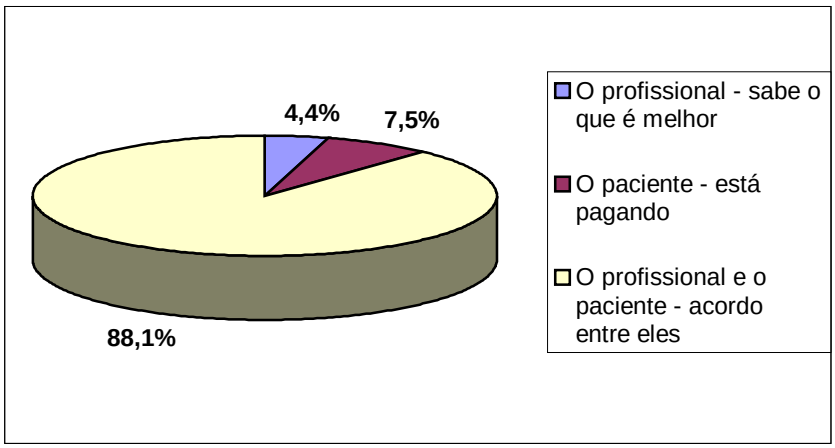


GRÁFICO 1- Distribuição percentual segundo a especialização cursada pelo cirurgião-dentista. Araçatuba – SP. 2005.

Dentre os pesquisados, 33,7% são homens e 66,3% mulheres, 68,7% apresentam até 5 anos de formado e 62,1% são autônomos.

Sobre a decisão do tratamento odontológico (Gráfico2), 88,1% mencionam que deve ser realizada em comum acordo entre o profissional e o paciente, enquanto 7,5% relatam que deve ser do paciente, pois é ele quem está pagando, e 4,4% do profissional, porque é ele quem sabe o que é melhor para o caso clínico que o paciente apresenta.



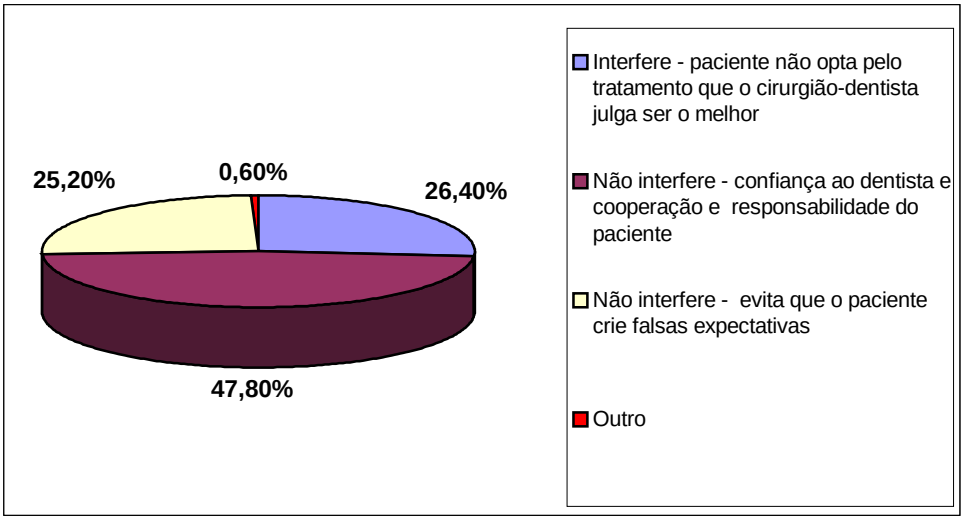
* 3 cirurgiões-dentistas não responderam a questão

GRÁFICO 2- Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista sobre a decisão do tratamento odontológico. Araçatuba - SP. 2005.

Sobre a participação do paciente e/ou responsável legal na decisão do tratamento (Gráfico 3), 73% relatam não interferir. Destes, 47,8% mencionam que a participação do paciente e/ou responsável legal traz a confiança ao cirurgião-dentista de estar realizando o tratamento escolhido pelo paciente, e faz com que este coopere e se responsabilize também pelo tratamento odontológico. Já os outros 25,2%, declaram que essa participação é importante, porque evita que o paciente crie falsas expectativas perante o tratamento, que talvez não possam ser alcançadas.

Porém, 26,4% dos pesquisados, relatam que a participação do paciente e/ou seu responsável legal na decisão de tratamento interfere

de maneira negativa, pois o mesmo pode optar pelo tratamento que o cirurgião-dentista julga não ser o melhor.



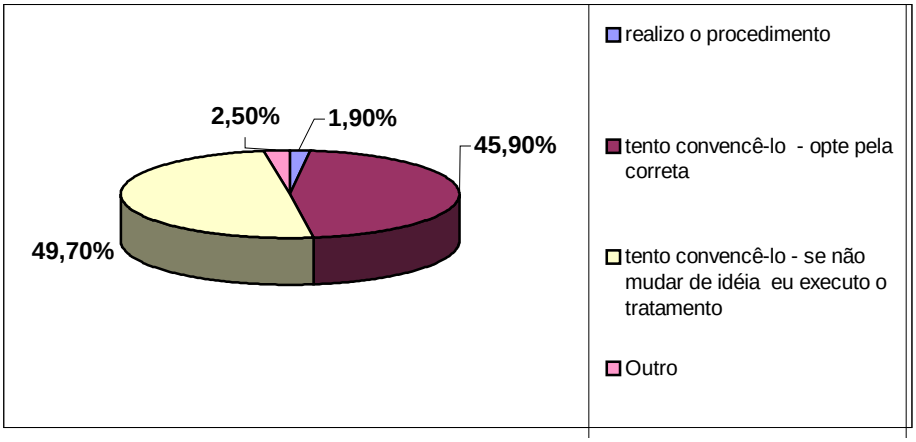
* 4 cirurgiões-dentistas não responderam a questão

GRÁFICO 3 - Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista sobre a participação do paciente e/ou representante legal na decisão de tratamento. Araçatuba – SP. 2005.

Ao confrontar os 88,1% dos pesquisados que mencionaram que a decisão do tratamento deve acontecer em comum acordo entre o profissional e o paciente (Gráfico 2), com os 26,4% que responderam que a participação do paciente e/ou seu representante legal interfere de maneira negativa, observamos que 25,7% assinalaram as duas respostas, se contradizendo.

Por meio do gráfico 4, que compreende as respostas sobre a atuação do profissional, quando o paciente opta por um tratamento

menos conveniente sob a ótica do cirurgião-dentista, observamos que apenas 1,9% dos pesquisados realizam o tratamento que o paciente optou, enquanto 95,6% tentam convencê-lo de que não é a melhor opção. Desses, 45,9% fazem com que o paciente opte pela que o profissional julga como correta. Já 49,7% tentam convencê-lo de que não é a melhor opção, mas se mesmo assim o paciente não mudar de idéia, acabam executando o tratamento escolhido pelo mesmo.



* 4 cirurgiões-dentistas não responderam a questão

GRÁFICO 4- Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista sobre atuação do profissional, quando o paciente opta por um tratamento menos conveniente. Araçatuba – SP. 2005.

Referente à importância da interação profissional/paciente (Quadro 1), o respeito e acordo mútuo entre o profissional e o paciente foi o mais citado pelos entrevistados (39,2%), assim como também a confiança do paciente e profissional (29,1%), pois essa interação faz

parte do tratamento odontológico. Porém, observamos que 20,3% não souberam relacionar sua importância ao tratamento.

Quadro 2- Distribuição da freqüência absoluta e relativa da opinião do cirurgião-dentista quanto às categorias referentes à importância da interação profissional/paciente para o tratamento odontológico. Araçatuba – SP. 2005.

Categorias	*n*	*%*
Respeito e acordo entre ambos - ”Pois o paciente poderá expressar-se contribuindo para o tratamento”,	62	39,2
Confiança do paciente no profissional - “A confiabilidade é a principal responsável pela satisfação no tratamento”	46	29,1
Bom andamento do tratamento - “Porque tudo vai depender dessa relação, se for boa, tem tudo para o tratamento correr bem”	19	12
Sucesso no tratamento: “Facilita o andamento do tratamento e as chances de sucesso para este são, conseqüentemente maiores”	16	10,1
Satisfação do paciente: “Para que o tratamento corresponda aos anseios e necessidade do paciente”	11	7
Não sabe	32	20,3

***** 4 cirurgiões-dentistas não responderam a questão

2.7 DISCUSSÃO

Segundo o estudo de Saliba et al. (2002), observou-se que desde a década de 80 está ocorrendo um aumento do número de mulheres na Odontologia, concordando com os nossos resultados, pois 66,3% da nossa população de estudo são mulheres.

No que tange à decisão do tratamento odontológico, 88,1% dos cirurgiões-dentistas entrevistados mencionam que a mesma deve ser realizada em comum acordo entre o profissional e o paciente, o que concorda com Silva (1997), pois o profissional da saúde deve ser obrigado a ter uma posição de consciência crítica do seu poder e estar alerta permanentemente, para que, na medida do possível, torne interativa a relação com seu paciente sem, contudo, abdicar da condição dos procedimentos e da responsabilidade inerente à sua função.

Maciel el al (2003) observou em seu estudo que apenas 44% dos cirurgiões-dentistas pesquisados elaboravam o plano de tratamento, informando e solicitando a opinião do paciente. Esse valor é bem inferior ao encontrado em nosso estudo (88,1%).

Porém, a decisão do profissional se sobreporá à do paciente em situações de emergências, ou urgência, na qual o paciente encontra-se com incapacidade transitória de decidir. Por isso, o cirurgião-dentista agirá de forma rápida, promovendo um maior benefício ao paciente (GUIMARÃES; NOVAES, 1999; LOLAS, 2001).

No trabalho de Garbin et al. (2002), ao entrevistarem pais de crianças submetidas a tratamento odontológico na Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, 65,98% desses não participaram da decisão do tratamento e 31,82% alegavam que o cirurgião-dentista deveria decidir sobre o tratamento, enquanto que, em nosso trabalho, 88,1% dos cirurgiões-dentistas entrevistados alegam que essa decisão deve ser feita em comum acordo entre o profissional e o paciente, e apenas 4,4% pelo profissional. Com isso tudo, pode-se observar a existência de um conflito entre o posicionamento do profissional e do paciente sobre quem deve decidir o tratamento odontológico.

Sobre a participação do paciente e/ou responsável legal na decisão do tratamento, em nosso trabalho, 73% dos pesquisados relatam não interferir, concordando com o estudo de Silva et al. (2001), em que 92,5% dos cirurgiões-dentistas entrevistados não consideravam prejuízo para si em discutir questões técnicas com o paciente, possibilitando a ele o exercício da sua autonomia. Porém, 26,4% dos respondentes em nosso estudo, mencionam que a participação do paciente e/ou seu responsável legal pode interferir de maneira negativa na decisão do tratamento odontológico, pois o mesmo pode optar por um tratamento que o profissional julga não ser o melhor.

Segundo Almeida (1996) e Kenny (1997) a interação profissional/paciente entra em conflito, quando o desejo do profissional em fazer o que se considera ser o melhor para o paciente, não

corresponde ao que o paciente deseja ou diz querer (ou diria, caso lhe fosse dada à oportunidade de discutirem alternativas). Observamos isso ao analisar o gráfico 4, pois 1,9% dos nossos entrevistados realizam o procedimento escolhido pelo paciente, mesmo sendo este o menos conveniente, enquanto que 95,6% dos pesquisados tentam convencê-lo sobre a melhor opção de tratamento, não estimulando o paciente e/ou seu responsável legal a exercer sua autonomia, agindo conforme o antigo modelo paternalístico. Dentre esses, 49,7% tentam convencê-lo de que não é a melhor opção, mas se mesmo assim o paciente não mudar de idéia, acabam executando o tratamento escolhido pelo mesmo, enquanto 45,9% fazem com que o paciente mude para aquela opção que o profissional julga como correta.

Terra et al. (2000), concluíram que, quando o paciente opta por um procedimento odontológico alternativo, o mesmo deverá dar o seu consentimento para a realização do tratamento por escrito, e explicar juntamente os motivos de sua opção, mesmo se for financeira.

Vasconcellos (2003) alerta que o profissional nunca deverá se indispor com pacientes que buscam tratamento, mesmo se o caso exigir uma solução impossível, mas deverá, com ética e responsabilidade, exercer o “poder de informação”, explicando ao paciente qual será a melhor opção para solucionar o seu problema por escrito. Nestes casos o profissional está exercendo também “o poder do conhecimento” para seu paciente, uma vez que este aceitará as prescrições do

cirurgião-dentista, porque acredita que o profissional conhece bem o assunto e está capacitado a devolver-lhe uma melhor condição de saúde bucal.

Berlinguer e Garrafa (1996) relatam que se fazem indispensáveis o estabelecimento e o exercício da tolerância e da pluralidade. A tolerância e a pluralidade devem ser entendidas como respeito aos pensamentos e opiniões alheias, resultando em um acordo mútuo, conforme citado em nosso estudo por 39,2% dos entrevistados, e da confiança do paciente depositada no profissional (29,1%). Eles devem ser sempre almejados, porque a intolerância e a unilateralidade são fenômenos freqüentes tanto nos comportamentos quotidianos, quanto nas atitudes em relação aos problemas limites que surgirão e que crescem todos os dias.

Segundo Guimarães Júnior (1993) e Teixeira (2000), o sucesso do tratamento só é possível com a colaboração do paciente. Este é baseado na confiança, motivação e na qualidade da relação paciente/profissional, concordando com os 29,1% dos nossos entrevistados, que citaram a confiança do paciente no profissional como importante na interação profissional/paciente.

Alguns autores ressaltam que a importância da Bioética no tratamento odontológico deveria ser inserida no campo acadêmico do futuro cirurgião-dentista. Ao realizar isso, não se nega à educação o modelo de profissional já sedimentado, mas aprimorá-lo, para que haja

a compreensão do valor do relacionamento profissional/paciente, que resultaria em um ganho bilateral, e não apenas unilateral, como se observou por longos períodos (COMES, 1996; DUMMENT, 1994; MANJI, 1994; ODOM et al., 2000).

2.8 CONCLUSÃO

Diante dos resultados concluímos que:

- Com relação à decisão do tratamento, a grande maioria alega que deve ser realizada em comum acordo entre o profissional e o paciente;
- Alguns profissionais mencionam que a participação do paciente e/ou responsável legal na decisão do tratamento interfere de maneira negativa;
- Alguns cirurgiães-dentistas mantêm o modelo paternalístico quando o paciente opta por um tratamento, que o mesmo considera ser o menos conveniente;
- Apesar de todos considerarem importante a interação profissional/paciente, muitos não souberam relacionar sua importância para o tratamento odontológico.

2.9 CONSIDERAÇÃO FINAL

Observa-se que muitos profissionais não estão levando em consideração a importância desses aspectos bioéticos na prática clínica diária.

2.10 REFERÊNCIAS[1]

Almeida M. Comentários sobre os princípios fundamentais da bioética. In: Pessini L, Barchifontaine CP, org. Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus; 1996. p.56-67

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1994.

Baú MK. Capacidade jurídica e consentimento informado. Bioética 2000; 8(2): 285-96.

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1979.

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4nd ed. New York: Oxford University Press; 1994.

Berlinguer G, Garrafa V. O mercado humano: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo. Brasília: UnB; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: Res.CNS 196/96 e outras. Brasília: CONEP; 2000.

Comes JCM. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. Bioética 1996; 4(1):39-42.

Correia FA. Alguns desafios atuais na bioética. In: Pessini L, Barchifortaine CP, org. Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus; 1996. p. 30-47.

[1] Normalização segundo as normas da Vancouver

Diniz D, Guilhem D. O que é bioética? São Paulo: Brasiliense; 2002.

Dummett CO. Ethics and bioethics in dentistry. J Calif Dent Assoc 1994; 22(10):30-42.

Fortes PAC. Ética e saúde. questões éticas, deontologicas e legais, autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.

Freitas CBD, Hossne WS. Pesquisa com seres humanos. In: Costa SF, Oselka G, Garrafa V, coord. Iniciação a bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina;1998. p.193-204.

Garbin CAS, Mariano RQ, Machado TP, Garbin AJI . Estudo bioético das relações humanas no tratamento odontológico. Rev Fac Odontol Lins 2002; 14(1): 54-9.

Garrafa V. Bioética e odontologia. In: Kriger L. ABROPREV: promoção de saúde bucal. 3. ed. São Paulo: Artes Medicas; 2003. p. 495-504.

Garrafa V. Dimensão da ética em saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP;1995.

Grez LL. Etica en la atención de urgencia. Rev Chil Pediatr 1999; 70(4): 348-50.

Guimarães Júnior J.Relação paciente/profissional:base para o sucesso clínico. Parte II. Rev Assoc Paul Cir Dent 1993; 47(3):1069-74.

Guimarães MCS, Novaes SC. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. Bioética 1999; 7(1):21-24.

Hasegawa TK, Mattheus M. Principles of dental ethics and the ethics of managed care. J Am Coll Dent 1996; 63(4):24-6.

Hissa R. Código de defesa do consumidor na Odontologia. Rev Juríd Consulex 2003; 7(166):40-7.

Junges JR. Metodologia da análise ética de casos clínicos. Bioética 2003; 11(1): 33-42.

Junqueira CR. Avaliação da percepção dos pacientes de uma instituição de ensino superior de odontologia sobre o tratamento oferecido: considerações sobre os aspectos éticos envolvidos no atendimento [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

Kenny NP. Bioethics and canadian dentristy. J Can Dent Assoc 1997; 63(9):690-4.

Lolas F. Bioética: o que é, como se faz. São Paulo: Edições Loyolas; 2001.

Lolas F. La bioética en el contexto de los programas globales de salud. Rev Panam Salud Publica 1999; 6(1):65-8.

Maciel SML, Xavier YMA, Leite PHAS, Alves PM. A documentação odontológica e a sua importância nas relações de consumos: um estudo em Campina Grande – PB. Pesqui Bras Odontopeditria Clín integr 2003; 3(2): 53-58.

Manji I. Is dentistry in trouble with ethics? J Can Dent Assoc 1994; 60(9): 771-3.

Muñoz DR. Bioética: a mudança da postura ética Rev Bras Otorrinolaringol 2004;70 (5):578-9.

Odom JG, Beemsterboer PL, Pate TD, Haden NK . Revisiting the status of dental ethics instruction. J Dent Educ 2000; 64(11):772-4.

Pinto Cisternas J. Ética y bioética en la investigacion odontologica. Rev Fac Odontol Univ Valparaiso 1999; 2(3): 212-7.

Pizan A, Vargas Neto J, Janson GRP. O paciente ortodôntico quanto ao seu grau de informação e motivação, e suas expectativas acerca do tratamento. Ortodontia 1997; 30(3):40-4.

Ramos DLP, Araújo LZS, Cury AADB, Lage Marques JLS, Rosalen PL, Birman EG, et al. Mais ética nas pesquisas. Rev Assoc Paul Cir Dent 2001; 55(6):393-403.

Reich WT. Introduction. In: Reich WT, editors. Encyclopedia of bioethics. 2nd ed. New York: Macmillan; 1995: 35.

Rinchuse DJ, Rinchuse DJ, Deluzio C. Ethical checkilist for dental practice. J Am Coll Dent 1995; 62(3):45-8.

Saliba NA, Moimaz SAS, Villela RM, Blanco MB. Mulher na odontologia: uma análise quantitativa. Rev Bras Odontol 2002; 59(6):400-2.

Silva LF. Beneficência e paternalismo. J Cons Fed Med 1997; 10(88): 8-9.

Silva KA, Almeida LT, Miranda IMP, Silveira JLGC. Legislação e ética da relação dentista-paciente. Pesqui Bras Odontoped Clin Integr 2001; 1(3):31-7.

Silva RG. Consentimento esclarecido no tratamento odontológico. In: Vanrell JP. Odontologia legal e antropologia forense. Rio de Janeiro: Guanabara Koognan; 2002. p. 178-82.

Teixeira R. Entendendo a relação paciente/profissional. Rev Assoc Paul Cir Dent 2000; 54 (4):267-78.

Terra MS, Majolo MS, Carillo VEB. Responsabilidade profissional, ética e o paciente em ortodontia. Ortodontia 2000; 33(3):74-85.

Vasconcellos IC. Ética para odontologia. Rev Bras Odontol 2003; 60(2):78-9.

3 CAPÍTULO 2

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE REALIZAM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO NA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP, SOBRE ASPECTOS ÉTICOS DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

KNOWLEDGE EVALUATION FOR DENTIST-SURGEONS CONDUCTING SPECIALIZATION COURSES AT SÃO PAULO STATE UNIVERSITY – UNESP, ON ETHICAL ASPECTS OF THE DENTAL TREATMENT

3.1 RESUMO

Os aspectos éticos na Odontologia são determinados por meio do Código de Ética Odontológica, no qual contêm normas de procedimentos comportamentais. Nosso estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas (n=163) que realizam curso de especialização na Universidade Estadual Paulista – UNESP, sobre esses aspectos. Dos cirurgiões-dentistas pesquisados 89,4% alegam que informam todas as alternativas de tratamento para o paciente, quando o caso possui mais de uma. No que tange à prova ético-legal solicitada ao paciente antes do tratamento, somente 22,6 %

solicitam o termo de consentimento livre e esclarecido, enquanto que 48,4% obtém a autorização. Em relação à linguagem utilizada pelo profissional, observamos que 50,6% fazem uso da linguagem leiga e 5,6% leiga e técnica. Conclui-se que se faz necessária à conscientização destes aspectos éticos pelos cirurgiões-dentistas, pois os mesmos além de orientá-los a trabalhar de maneira correta, alerta-os de como se prevenir de possíveis problemas éticos.

Palavras-chaves: Odontologia. Ética odontológica. Consentimento esclarecido. Conduta na prática dos dentistas.

3.2 ABSTRACT

Dentistry's ethical aspects are determined by Dentistry's Ethical Code, which contains rules on behavioral procedures. Our study had the purpose to evaluate dentist-surgeons' knowledge (n=163) when conducting specialization courses at São Paulo State University – UNESP, on these aspects. Out of the dentist-surgeons surveyed, 89.4% alleged that they inform patients about all the alternatives of treatment when the case involves more than one. As regards the legal ethical test requested to patients prior to treatment, only 22.6% ask for the informed consent term, while 48.4% obtain the authorization. As for the language used by the professionals, we noticed that 50.6% make use of layman's language and 5.6% make use of both layman's language and technical language. It was concluded that it is necessary to make dentist-surgeons aware of these ethical aspects, since besides providing them with guidelines for correct procedures, these aspects can keep them alerted on how to prevent from possible ethical problems.

Keywords: Dentistry. Ethcis dental. Informed Consent. Dentist's Practice Patterns.

3.3 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

O conceito de ética consiste nas normas e princípios que dizem respeito ao comportamento do indivíduo no grupo social a que pertence (ÉTICA, 1999).

Sobre o significado de “ética” quando observado semanticamente, se equivale a moral. O termo “moral” deriva do latim *mos* ou *mores*, significando “costumes”, “conduta de vida”, ou seja, refere-se às regras de conduta humana no cotidiano. Já o termo “ética”, etimologicamente, provém do grego “ethos”, que significa “caráter”, “modo de ser”, “costume”, “conduta de vida” (FORTES, 1998).

Hoje, se aceita uma distinção entre "ética" e "moral", a primeira como ciência dos fundamentos ou dos princípios da ação e, a segunda como um conjunto de normas que regulam a ação humana (MOORE, 1975; NEVES, 1996).

Segundo Clotet (1986) a ética tem por objetivo facilitar a realização das pessoas, ou seja, que o ser humano chegue a realizar-se a si mesmo como tal, isto é, como pessoa. (...) Assim, a ética se ocupa e pretende a perfeição do ser humano, pois a mesma considera de um modo mais concreto os atos humanos o quanto são justos ou injustos, bons ou maus, corretos ou incorretos, e a sua tarefa fundamental é tratar desses assuntos.

Já para Rodrigues (1978), a ética é a atividade normativa do espírito, própria do homem, e se preocupa, essencialmente, com o "deve ser". Não é, porém, um código definitivo e universal de conduta. Sua validade é temporal e regional, pois seus conceitos transmudam-se no tempo e no espaço geográfico. A moral, contudo, ou exercício moral da profissão é presumido por solicitações lícitas de serviços, não podendo admitir a ilicitude, qualquer que seja a situação. Mas, infelizmente, é essa premissa básica que norteia todas as profissões e que deveria abranger todas as formas de atividades humanas.

No século XVIII, a ética profissional na Odontologia era ensinada durante e por meio do atendimento clínico, no qual o aprendiz, futuro dentista, ficava ao lado do seu "mestre", observando-o, servindo-o fielmente, e aprendendo a comportar-se dignamente como o "mestre". Agindo da maneira aprendida, estaria conseqüentemente eticamente correto (BISHOP et al., 2002).

A ética profissional consiste na reunião de normas de procedimentos comportamentais no exercício de uma profissão, como as que estão expressas no Código de Ética da determinada profissão (ÉTICA, 1999). Na Odontologia, o zelo na profissão, as obrigações e deveres, as infrações e as sanções previstas para eles estão presentes no Código de Ética Odontológica, assim como a competência do Conselho Federal de Odontologia - CFO para julgá-los (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003).

Todavia, Rule e Veatch (1993) alegam que todos os problemas clínicos, científicos, ou legais envolvem um componente avaliativo. Serão de caráter ético, quando as decisões clínicas e científicas variarem de acordo com as mais diferentes situações, em relação à capacitação profissional e formação pessoal. Quando as diferenças entre bom e ruim são claras e bem definidas, tomar decisões torna-se fácil. No entanto, as decisões são mais difíceis quando as escolhas são feitas entre bom e bom e entre o menos pior de dois males. Em certos casos pode não ocorrer um julgamento de valor correto e definitivo, no qual os valores do cirurgião-dentista podem entrar em conflito com os do paciente, e se o profissional o faz pensando que é melhor para o paciente, pode acabar por violar a autonomia do mesmo.

Atualmente, o paciente que busca pelo tratamento odontológico, quer saber de tudo e questiona até mesmo a atuação do profissional. Este não deve atuar de maneira autoritária, e sim de maneira correta, ou seja, que satisfaça as necessidades e anseios do paciente, na possibilidade da melhor técnica indicada, de forma que o bom andamento e o sucesso do tratamento sejam alcançados. Tudo isso é resultado de um mercado cada vez mais competitivo, pois a cada ano são formados 11 mil novos cirurgiões-dentistas. Contudo, não é só pelo número da concorrência, mas também porque o poder aquisitivo da população está cada vez menor e, conseqüentemente, essa exige mais os seus direitos (RAMOS, 2000; VASCONCELLOS, 2003).

Os códigos de ética profissionais deixam muito a desejar quanto a uma preceituação filosófica para justificar seus enunciados (pois são de natureza prescritiva ou normativa), com vistas à prevenção de atos nocivos. Por isso, tem sido aceito pela maioria das profissões que os códigos de ética constituam um estatuto para dar cobertura moral, por contingência do dever ou obrigação (MARCOS, 1999).

A substituição do termo código de ética segundo Clotet (1997), pelo termo código deontológico seria o mais adequado, porque o segundo contém regras e normas que regulam uma profissão, podendo abordar aspectos éticos e normativos, enquanto que o da ética é um termo mais abrangente, podendo apresentar alto conteúdo filosófico.

O próprio Código de Ética Odontológica ressalta como dever fundamental do cirurgião-dentista, zelar pela saúde e dignidade do paciente, ou seja, o cirurgião-dentista deve ter em mente que todo e qualquer ato clínico odontológico deve proporcionar o máximo de benefícios ao paciente (Art.5, inciso V) (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003).

Assim, o profissional agirá de maneira ética e beneficente, a partir da humanização de que o paciente não se resume à cavidade bucal, ou seja, é um ser pensante, cheio de desejos e expectativas e, ao realizar o planejamento clínico dele, deverá esclarecer adequadamente todas as alternativas de tratamento, com os seus

riscos e benefícios, não omitindo informações, por mais que não realize tal alternativa. Pois, se não o fizer, estará infringindo o Código de Ética Odontológica (Art. 7, inciso IV)(CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003; TEIXEIRA, 2000; VACAREZZA, 2000).

Garrafa (2003) retrata que desde os remotos tempos do médico grego Hipócrates Los, a base do relacionamento entre o paciente e o profissional de saúde estava rigorosamente centrada no modelo paternalista, ou seja, em uma relação vertical, na qual o profissional da saúde detentor do conhecimento técnico, teórico e legal das doenças, só poderia estar fazendo bem ao paciente, possuindo assim o privilégio terapêutico, e caracterizando como subjetiva qualquer dúvida ou questão que o paciente viesse a ter sobre seu tratamento (MUÑOZ; FORTES, 1998).

Este modelo foi abolido no momento em que o paciente tornou-se ativo através do seu reconhecimento autônomo e da necessidade de reciprocidade frente ao tratamento (CORREIA, 1996; GARRAFA, 2003; PUPPIN et al., 2000).

Essa mudança é observada quando paciente passa a compartilhar das decisões, através da escolha entre as propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico, acatando-as, ou não, por meio do Termo de consentimento livre e esclarecido e também de recusar as que afetam ou venham afetar a sua integridade físico-psíquica ou social; após o completo entendimento e compreensão,

baseado em valores e crenças pessoais, levando-o a uma escolha consciente e conseqüente (COHEN; MARCOLINO, 1995; MARCHI; SZTAYN, 1998; MUÑOZ; FORTES, 1998).

Sobre isso, o Código de Ética Odontológica, em seu Art. 7º, inciso IV, caracteriza como infração ética, tanto o cirurgião-dentista deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, como no inciso XII do mesmo artigo, ao iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou de seu representante legal, exceto em caso de urgência ou emergência (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003).

Diante disso, o valor do consentimento expresso pelo paciente, depois de devidamente esclarecido, traz tanto a comprovação de que não houve omissão de informação, como o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas sobre seus problemas de saúde (LUCAS, 1999; MANJI, 1994; SILVA et al., 2001).

Entre a autorização, documento tão utilizado pelos cirurgiões-dentistas até hoje, e o Termo de consentimento livre esclarecido existem diferenças marcantes. A autorização é caracterizada como um documento unilateral, ou seja, o paciente autoriza o profissional a executar o seu serviço. Já o Termo de consentimento livre esclarecido, além de ser bilateral, demonstra que o paciente ficou esclarecido e livre para escolher qual o tipo de tratamento, quando o caso oferece

mais de uma alternativa, o que a autorização não obrigatoriamente os faz (AUTORIZAÇÃO, 1999; GONÇALVES, 2002).

Contudo, o Termo de consentimento livre esclarecido não vem abolir a participação do paciente frente ao seu tratamento, mas de assumir a responsabilidade pela sua própria saúde, e ao profissional a co-responsabilidade para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde conforme a necessidade do paciente, por meio de uma relação dinâmica e recíproca (GARRAFA, 2003).

Referente à linguagem empregada pelos cirurgiões-dentistas, suas expressões devem concorrer para criar a receptividade e facilitar, pelo adequado preparo psicológico, não somente a aceitação do tratamento, como a perfeita compreensão das informações de natureza técnica pelo paciente. A própria evolução dos conhecimentos da Odontologia, técnicas e equipamentos, exerce influência na profissão, no sentido de torná-la cada vez menos pessoal e, freqüentemente, o cirurgião-dentista acaba empregando uma linguagem técnica, criando muitas vezes barreiras intransponíveis, pois o paciente é leigo em assuntos odontológicos (MENEZES, 1982).

3.4 OBJETIVOS

Nosso objetivo foi avaliar a percepção dos cirurgiões-dentistas sobre os seguintes aspectos éticos envolvidos no tratamento odontológico:

- Apresentação pelo profissional de todas as alternativas de tratamento, quando o caso possui mais de uma opção;
- Qual prova ético-legal é solicitada ao paciente, antes do tratamento odontológico;
- A linguagem utilizada pelo profissional durante o tratamento odontológico.

3.5 MATERIAL E MÉTODO

Nosso trabalho refere-se a um estudo transversal descritivo. O projeto obteve aprovação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, sob protocolo nº 2004/01098.

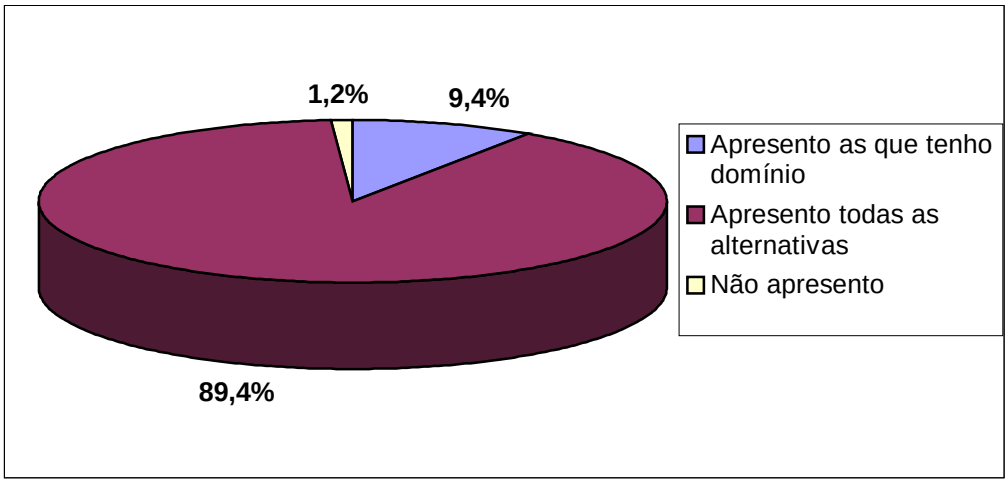
Realizou-se a elaboração de um questionário semi-estruturado e, por meio de um projeto piloto adequamos esse instrumento de coleta. Antes das questões propriamente ditas, inserimos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual esclarecia aos possíveis participantes sobre a voluntariedade da participação, a manutenção do sigilo de suas identidades (apesar de não ser solicitada à identificação dos respondentes), e a publicação dos dados obtidos com o presente trabalho. Foram respeitados os ditames da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e suas resoluções complementares.

Para análise das respostas, utilizamos o programa Epi Info versão 6.04, pelo qual realizou-se o levantamento das suas freqüências e porcentagens.

3.6 RESULTADOS

Foram entregues 212 questionários, que correspondem à população de cirurgiões dentistas que realizam curso de especialização na Universidade Estadual Paulista – UNESP, nas Faculdades de Odontologia de Araraquara, Araçatuba e São José dos Campos. Obtivemos retorno de 163 (76,9%) dos mesmos.

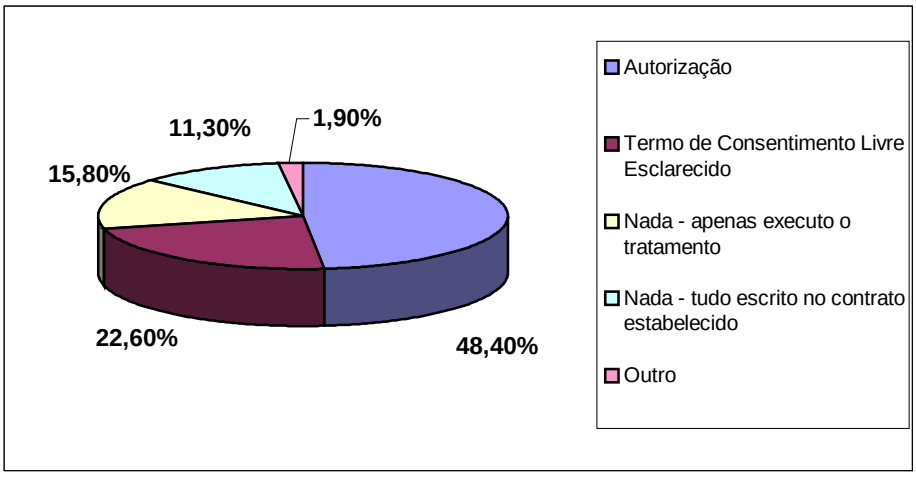
Referindo-se à apresentação pelos cirurgiões-dentistas das alternativas de tratamento ao paciente (Gráfico 1), observa-se que 89,4% alegam que informam todas as alternativas, enquanto que 9,4% apresentam somente as que têm domínio.



* 3 cirurgiões-dentistas não responderam a questão

GRÁFICO 1- Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista sobre a apresentação de todas as alternativas de tratamento, quando o caso possui mais de uma opção. Araçatuba – SP. 2005.

No que tange à prova ético-legal solicitada pelo profissional ao paciente antes do tratamento, observamos que quase metade da população avaliada (48,4%) obtém a autorização para o tratamento, e apenas 22,6% solicitam o termo de consentimento livre esclarecido. Porém, deve-se destacar que 15,8% dos entrevistados estão totalmente vulneráveis frente a um processo ético ou jurídico, porque não solicitam nenhuma prova ético-legal ao paciente antes do tratamento (Gráfico 2).

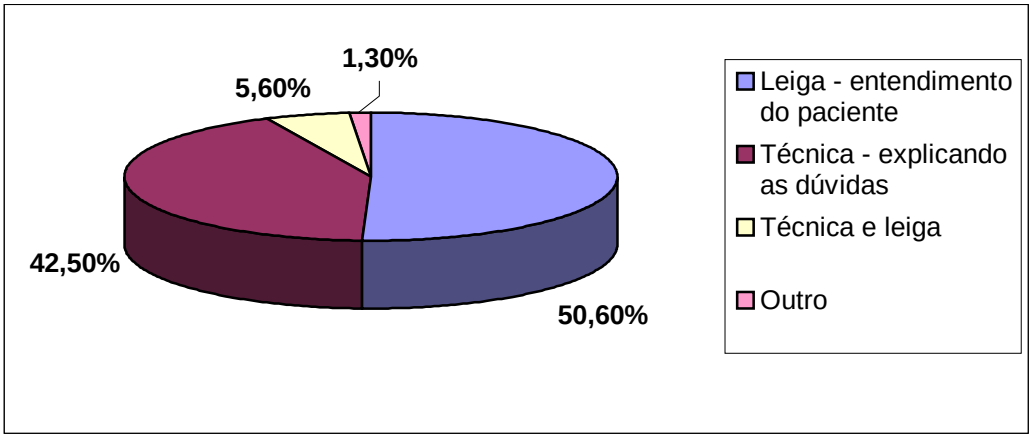


* 4 cirurgiões-dentistas não responderam a questão

GRÁFICO 2- Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista sobre qual prova ético-legal deve ser solicitada ao paciente antes do tratamento odontológico. Araçatuba – SP. 2005.

Sobre a linguagem utilizada pelo profissional no tratamento, observamos que 42,5% (Gráfico 3) fazem uso da linguagem técnica, explicando apenas as dúvidas que o paciente possa ter, ou técnica e

leiga (5,6%), o que muitas vezes dificulta o entendimento do paciente sobre o tratamento a que irá submeter-se, pois o tipo de linguagem utilizada na comunicação torna-se primordial para a compreensão e dinâmica entre as pessoas.



* 5 cirurgiões-dentistas não responderam a questão

GRÁFICO 3- Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista quanto à linguagem utilizada no tratamento odontológico. Araçatuba – SP. 2005.

3.7 DISCUSSÃO

Sobre a apresentação de alternativas pelo cirurgião-dentista quando ao caso compete mais de uma, em nosso estudo 89,4% dos pesquisados alegam que apresentam todas as alternativas para o paciente. Perante o Código de Ética Odontológica (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003), em seu Art. 7º, inciso IV, esses profissionais estão agindo de maneira correta. Porém, 10,6% estão infringindo o código, pois 9,4% relatam apresentar somente as alternativas que têm domínio, enquanto que 1,2% não as apresentam, omitindo informações para o paciente.

Almeida et al. (2004) propõem um modelo de prontuário odontológico, visando o cumprimento da exigência contida no inciso VIII do Art.5º do Código de Ética Odontológica, e como parte deste, exprimem a necessidade da obtenção do consentimento livre e esclarecido, pois o mesmo é considerado como documento fundamental do prontuário, ou seja, ele deverá ser preenchido em todo e qualquer atendimento ao paciente, fazendo parte da ficha clinica. Observamos em nosso estudo que apenas 22,6% dos entrevistados o realizam, enquanto 48,4% dos cirurgiões-dentistas solicitam a autorização, o que não lhe servirá como uma prova ético-legal tanto em um eventual problema ético, como jurídico.

Brito (2005), em seu trabalho com 124 cirurgiões-dentistas, observou que o termo de consentimento livre e esclarecido foi um dos documentos menos utilizado por esses cirurgiões-dentistas.

A informação, de forma clara, com o consentimento do paciente é de grande valia, porém, não protegerá o clínico se cometer erros. O tribunal geralmente considera que os pacientes não podem consentir tratamentos negligentes (SFIKAS, 1998; WHYMAN; ROSE, 2001).

Silva et al. (2001) relatam, em seu estudo, que 92,5% dos cirurgiões-dentistas entrevistados não consideravam como dever do paciente conhecer questões técnicas para opinar sobre o tratamento. Por isso, os cirurgiões–dentistas precisam estar sempre atentos quanto à linguagem utilizada no tratamento odontológico. Torna-se preocupante, porque apenas 50,6% e 5,6% da população estudada fazem uso da linguagem leiga ou da técnica e leiga, respectivamente. Os demais estão infringindo o Código de ética odontológica em seu Art.7º, inciso IV, porque estão deixando de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento ao paciente (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003).

Menezes (1982) alerta que a comunicação entre o profissional e o paciente é primordial, porque se comunicar é “tornar comum” ou “pôr em comum”; o cirurgião-dentista não pode perder de vista certos princípios do processo de comunicação, sob pena de ao invés de

infundir no cliente a confiança, corre o risco de provocar nele o desenvolvimento de uma atitude de revolta ou rejeição. Assim, as informações passadas ao paciente não precisam ser detalhadas e minuciosas, apenas que sejam corretas, honestas, compreensíveis e legitimamente aproximadas da verdade.

Garbin (2004), em seu estudo com advogados da cidade de Araçatuba – SP, observou que 32,2% dos mesmos indicaram como um dos motivos de insucesso no tratamento odontológico a falta de informação para o paciente, e 32,9% falha na comunicação e relacionamento profissional/paciente inadequado.

Quintela e Daruge (1998) relatam que o paciente deve ser informado, sempre em linguagem acessível ao seu entendimento, sobre o seu estado de saúde bucal, diagnóstico, provável evolução e opção dos diversos métodos terapêuticos disponíveis e aplicáveis para o seu caso clínico, que serão executados somente após a aprovação do paciente e/ou de seu responsável legal. A imponderabilidade biológica presente nos atos operatórios e suas conseqüências devem ser informadas de forma imparcial ao paciente, frente à responsabilidade profissional, pois serão riscos iminentes à prática clínica.

3.8 CONCLUSÃO

Concluímos que:

- A maioria dos cirurgiões-dentistas alega apresentar todas as alternativas que competem ao determinado caso;
- O Termo de consentimento livre e esclarecido é mencionado por uma pequena parte da população estudada, enquanto que a autorização do paciente foi citada por quase metade da mesma, a qual não necessariamente lhe protege em um eventual processo ético ou jurídico;
- A linguagem leiga é utilizada apenas por um pouco mais da metade dos profissionais.

3.9 CONSIDERAÇÃO FINAL

É imprescindível a conscientização dos cirurgiões-dentistas sobre os aspectos éticos envolvidos no tratamento odontológico, pois os mesmos além de orientá-los a trabalhar de maneira correta, alerta-os de como se prevenir de possíveis problemas éticos.

3.10 REFERÊNCIA[1]

Almeida CAP, Zimmermann RD, Cerveira JGV, Julivaldo FSN. Prontuário odontológico: uma orientação para cumprimento da exigência contida no inciso VIII do art. 5º do Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia; 2004.

Autorização. Guimarães DT. Dicionário técnico jurídico. 2.ed. São Paulo: Rideel; 1999. p.112.

Bishop MGH, Gibbons D, Gelbier S. Ethics; "in consideration of the love he bears". Apprenticeship in the nineteenth century, and the development of professional ethics in dentistry Part 1. The practical reality. Br Dent J 2002; 193(5): 261-6.

Brito EWG. A documentação odontológica sob a ótica dos cirurgiões-dentistas de Natal/ RN [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.

Clotet J. Bioética como ética aplicada e genética. Bioética 1997; 5(2):173-83.

Clotet J. Una introducción al tema de la ética. Psico 1986;12(1)84-92.

Cohen C, Marcolino JAM. Relação médico - paciente. In: Segre M, Cohen C. Bioética. São Paulo: Edusp; 1995. p. 51-62.

Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica: resolução nº 42 de 20 de maio de 2003. Rio de Janeiro: CFO; 2003.

[1] Normalização segundo as normas da Vancouver

Correia FA. Alguns desafios atuais na bioética. In: Pessini L, Barchifortaine CP, org. Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus; 1996. p. 30-47.

Ética. Guimarães DT. Dicionário técnico jurídico. 2.ed. São Paulo: Rideel; 1999. p. 306.

Fortes PAC. Ética e saúde. questões éticas, deontologicas e legais, autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.

Garbin CAS. A responsabilidade profissional do cirurgião-dentista, segundo a visão de advogados de Araçatuba-SP [Tese de Livre-docência]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista: Faculdade de Odontologia; 2004.

Garrafa V. Bioética e odontologia. In: Kriger L. ABROPREV: promoção de saúde bucal. 3.ed. São Paulo: Artes Medicas; 2003. p. 495-504.

Gonçalves CR. A responsabilidade dos médicos, hospitais, dentistas.In: Gonçalves CR. Direito Civil: direito das obrigações: parte especial: responsabilidade civil. 2.ed. São Paulo: Saraiva; 2002. p.148-50.

Lucas SD. Ética e processos éticos. Rev CROMG 1999; 5(1):54-9.

Manji I. Is dentistry in trouble with ethics? J Can Dent Assoc1994; 60(9): 771-3

Marchi MM, Sztayn R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. Bioética 1998; 6(1): 39-45.

Marcos B. Regulamentação da profissão e código de ética odontológica. In: Marcos B. Ética e profissionais da saúde. São Paulo: Ed. Santos;1999.p.185-98.

Menezes JDV. Comunicação e ética profissional. RGO 1982; 30(3): 223-6.

Moore GE. Princípios Éticos. São Paulo: Abril Cultural; 1975.

Munõz DR, Fortes PAC. O principio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SF, Oselka G, Garrafa V, coord. Iniciação a bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina;1998. p.53-70.

Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. Bioética 1996; 4(1): 32-8.

Puppin AAC, Paiano GA, Piazza JL, Tottiani MA. Ético versus legal – implicações na prática clínica. Rev ABO Nac 2000; 8(1): 38-41.

Quintela RS, Daruge E. O cirurgião-dentista como prestador de serviços, frente ao Código de defesa do consumidor. Rev Paul Odontol 1998; 20(3): 30-4.

Ramos DLP. A proteção do profissional. In: Feller C, Gorab R. Atualização na clínica odontológica. São Paulo: Artes Medicas; 2000. p.581-91.

Rodrigues R. Regulamentação da odontologia. RGO 1978; 26(3):213-4.

Rule J, Veatch R. Ethical questions in dentistry. Chicago: Quintessence; 1993.

Sfikas PM. Informed consent and the law. J Am Dent Assoc 1998; 129(11): 1613-4.

Silva KA, Almeida LT, Miranda IMP, Silveira JLG. Legislação e Ética da relação dentista-paciente. Pesqui Bras Odontoped Clin Integr 2001; 1(3): 31-7.

Teixeira R. Entendendo a relação paciente/profissional. Rev Assoc Paul Cir Dent 2000; 54 (4): 267-78.

Vacarezza YR. De los direchos del pacientes. Rev Méd Chile 2000; 128(12): 1371-3.

Vasconcellos IC. Ética para odontologia. Rev Bras Odontol 2003; 60(2)78-9.

Whyman RA, Rose D. Informed consent for people with diminished capacity to consent. N Z Dent J 2001; 97(430):137-9.

4 CAPÍTULO 3

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE REALIZAM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO NA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP, SOBRE ASPECTOS LEGAIS DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

KNOWLEDGE EVALUATION FOR DENTIST-SURGEONS CONDUCTING SPECIALIZATION COURSES AT SÃO PAULO STATE UNIVERSITY – UNESP, ON LEGAL ASPECTS OF THE DENTAL TREATMENT

4.1 RESUMO

Os aspectos legais envolvidos no tratamento odontológico abrangem desde a documentação manuseada pelos cirurgiões-dentistas, até a sua interação com o paciente. Nosso estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas (n=163) que realizam curso de especialização na Universidade Estadual Paulista – UNESP, sobre esses aspectos. No que tange a opinião do cirurgião-dentista quanto à regulamentação da relação profissional/paciente na Odontologia pelo Código de Defesa do Consumidor, apenas 56,5% consideram essa regulamentação. Quanto à prova legal que o profissional julga necessária em uma eventual ação judicial, 63,3%

indicaram uma boa documentação assinada pelo paciente, enquanto que 32,3% o contrato de prestação de serviços, apesar de que este último, muitos não o realizam. Os principais documentos mencionados pelos profissionais, que compõem o prontuário dos mesmos foram: anamnese (78,9%), odontograma (61,7%), plano de tratamento (58,6%), identificação (42,1%) e radiografias (32,3%). Conclui-se que é imprescindível aos cirurgiões-dentistas de hoje ter em mãos uma boa documentação odontológica, que servirá como prova legal em uma eventual ação judicial e, a conscientização sobre a regulamentação da relação profissional/paciente pelo Código de Defesa do Consumidor, pois o mesmo é caracterizado como prestador de serviços.

Palavras-chaves: Odontologia. Odontologia legal. Legislação. Documentação. Conduta na prática dos dentistas.

4.2 ABSTRACT

Dental treatment's legal aspects comprise from documents handled by dentist-surgeons to professional-patient interaction. Our study aimed at evaluating dentist-surgeons' knowledge (n=163) when conducting specialization courses at São Paulo State University – UNESP, on these aspects. As regards dentist-surgeons' opinion about Professional-patient relationship Regulation by Consumer's Defense Code, only 56.5% take this regulation into account. As for the legal test that the professionals deem as necessary in a casual lawsuit, 63.3% pointed to important documents signed by the patient, while 32.3% referred to service contract, despite this type of agreement has not been contracted by many. The main documents mentioned by the professionals, including their record were: anamnesis (78.9%), odontogram (61.7%), treatment plan (58.6%), identification (42.1%), and X-rays (32.3%). It was concluded that it is indispensable for dentist-surgeons to have proper records that will be used as legal proof in a casual lawsuit and be aware of the regulations of Professional-patient relationship by Consumer's Defense Code, since their activity is considered as a service rendered.

Keywords: Dentistry. Forensic dentistry. Legislation. Documentation. Dentist's practice patterns.

4.3 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

Legal é aquilo tem apoio na lei, que está de acordo com a lei, que dela emana ou por ela é definido (LEGAL, 1999).

Observa-se o aspecto legal como uma forma de abranger, oficialmente, determinados padrões de comportamentos entre os indivíduos, e está investido com o caráter de obrigatoriedade e obediência que muitas vezes transforma a autoridade em autoritarismo. As leis são necessárias, porém, quanto mais qualificada a sociedade e desenvolvido o sentimento de prática da cidadania, menor será a ação coercitiva das mesmas, sendo a manutenção da ordem, em seus vários níveis, uma prática individual mais consciente, regida por um poder oficial mais sintonizado com as aspirações e manifestações da vontade popular (PUPPIN et al., 2000).

A responsabilidade profissional na Odontologia pode ser entendida como obrigação de ordem penal, civil, ética e administrativa a que está sujeito o cirurgião-dentista, no exercício profissional, quando resultado de uma imperícia, imprudência ou negligência (GOMES et al., 1997).

Referente à legislação vigente que rege a Odontologia, fundamentamos o presente trabalho principalmente nos Códigos de Defesa do Consumidor (CDC), Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990 que, na sua abrangência, aplica-se na maioria das situações clínicas, caracterizadas pela relação cirurgião-dentista/paciente como

prestador de serviço e consumidor respectivamente; e o Código Civil (CC) Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que estabelece a conduta do profissional na sociedade (BRASIL, 2003a, 2003b).

A responsabilidade civil decorre da obrigação de reparação ou de ressarcimento do dano causado a outrem (Art. 186, 187 - CC). Ao cirurgião-dentista que, no exercício profissional, por negligência, imperícia ou imprudência causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão ou inabilitá-lo para o trabalho, cabe o dever de indenizá-lo (Art. 951- CC) (NOGARE, 2002). Porém, para que se concretize a responsabilidade civil, devem existir no mínimo três elementos: a culpa, o dano e o nexo causal entre esses. (CALVIELLI, 1997).

Segundo Nogare (2002), as recomendações ético-legais, relativas às condutas profissionais permanecem inalteradas quanto ao bom relacionamento profissional/paciente, a uma documentação bem elaborada, ao uso de conhecimentos científicos adequados, sendo indispensável a conscientização da classe odontológica nesse sentido, a fim de que estas ações preventivas lhes sirvam de respaldo em eventuais discussões, uma vez que não há como impedi-las, sejam elas do ponto de vista ético ou judicial.

O CDC obriga o cirurgião-dentista reparar defeitos nos serviços prestados ao paciente, se estes apresentarem danos em nexo causal ao serviço. Por isso, o esclarecimento do tratamento e a obtenção do

consentimento do paciente previamente ao início da prestação do serviço, são previstos no artigo 39, incisos IV e VI. Tudo isso é um meio de proteger o consumidor, no caso o paciente, pois o mesmo não é capaz de avaliar corretamente os serviços que está adquirindo (HISSA, 2003).

O Art. 14 do CDC, diz respeito aos direitos básicos do consumidor, no qual "o fornecedor de serviços responde, independentemente à existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação de serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua função ou risco". Já o parágrafo 4 do mesmo artigo, relata que a responsabilidade profissional dos profissionais liberais "será apurada mediante a verificação de culpa" (BRASIL, 2003b).

No que tange à prestação de serviço, o Art. 31, do CDC, destaca que: "a oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidades, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores" (BRASIL, 2003b).

Sempre, ao começar um tratamento odontológico, o paciente e o profissional firmam entre si um contrato, pelo qual ambos se comprometem com direitos e deveres, para que seja realizado o

tratamento. Assim, esse contrato estabelecido, nada mais é que a união do cirurgião-dentista com o paciente, resultando em um acordo de vontades baseado na confiança mútua, tendo força obrigatória, e formando-se, em princípio, pelo consentimento das partes, segundo o princípio da autonomia. (GOIRIS, 1995; RAMOS, 2000).

Segundo o Código Civil, em seu Art. 594, o contrato de prestação de serviços constitui toda a espécie ou trabalho lícito, material ou imaterial, contratado mediante a retribuição (BRASIL, 2003a).

As assinaturas do paciente ou do seu responsável legal e do profissional neste contrato expresso, consolidam a relação contratual, que deverá ser observada com o cumprimento de suas cláusulas por ambas as partes (QUINTELA; DARUGE, 1998).

Porém, a maioria dos cirurgiões-dentistas tem estabelecido este contrato, de maneira verbal ou tácito e não escrito, o que deixa-os vulneráveis às declarações dos pacientes e à disposição do julgamento da justiça (ABRAMOWICZ et al.,1995; CALVIELLI, 1996; RAMOS, 2000; QUINTELA; DARUGE,1998; TANAKA; GARBIN, 2003).

No novo modelo de prontuário sugerido pela comissão especial do Conselho Federal de Odontologia, o contrato é caracterizado como um documento suplementar, ou seja, é aquele que poderá ser elaborado no atendimento do paciente em situações especiais, diferentemente dos documentos fundamentais, os quais deverão ser preenchidos em todo e qualquer atendimento ao paciente e

constituirão a ficha clínica. Esses documentos são a identificação do paciente e do profissional, a anamnese, o exame clínico, o plano de tratamento, a evolução e intercorrências do tratamento (ALMEIDA et al., 2004).

A conscientização da sociedade brasileira sobre os seus direitos deu-se por meio da mídia, que tem dedicado grande espaço ao chamado “erro médico” e também pelo advento do Código de Defesa do Consumidor. Por isso, o cirurgião-dentista deve estar acompanhado de medidas de salvaguarda, destacando a documentação clínica como uma das mais efetivas para proteger o profissional contra reclamações que podem ser infundadas e, algumas vezes, até fantasiosas (ALMEIDA, 2005).

Segundo Brito (2005), a documentação odontológica ou prontuário odontológico é uma coleção de documentos produzida pelo profissional, com finalidades diagnóstica e terapêutica, onde são registradas as informações inerentes à saúde bucal e geral dos pacientes. O registro e arquivamento correto desses documentos proporcionam, ao cirurgião-dentista, a possibilidade de contribuir com a justiça nos casos de identificação humana e como elemento de prova essencial nos processos éticos, administrativos, civis e penais contra os cirurgiões-dentistas.

Para que o prontuário alcance plenamente os seus objetivos e proteja o cirurgião-dentista de problemas éticos e legais, toda a

evolução do tratamento deve ser registrada à medida que o atendimento clínico vai sendo executado e reservar um espaço para que o paciente assine, ciente de cada procedimento realizado em cada consulta, obedecendo aos incisos III e IV do Art. 7º do Código de Ética Odontológica (ALMEIDA, 2005; BARROS, 1998; CALVIELLI, 1996; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003; GOMES et al., 1997; SILVA, 2000).

Segundo recomendação do Conselho Federal de Odontologia (2004), além da obrigatoriedade prevista em legislação sanitária, o registro em simples ficha clínica deve, hoje, estender-se a um prontuário clínico do paciente em que se incluam desde a anamnese até o completo registro, e toda documentação pertinente ao caso.

Spyrides (2002) relata que o bom cirurgião-dentista é aquele que executa os procedimentos dentro da técnica e da ética e sabe se resguardar com razoável documentação. Porém, lamentavelmente, a negligência (que é crime previsto em lei) existe, e esse descuido, mesmo que em nome de uma economia para o paciente, poderá levar o profissional a grandes problemas e a preço bem elevado.

4.4 OBJETIVOS

Nosso objetivo foi avaliar a percepção dos cirurgiões-dentistas no que tange aos seguintes aspectos legais:

- A regulamentação da relação profissional/paciente na Odontologia pelo Código de Defesa do Consumidor /CDC;
- Qual prova legal é necessária em eventual ação judicial;
- Qual a forma de estabelecimento de contrato de prestação de serviços pelos mesmos;
- Composição do prontuário odontológico.

4.5 MATERIAL E MÉTODO

Nosso trabalho refere-se a um estudo transversal descritivo. O projeto obteve aprovação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, sob protocolo nº 2004/01098.

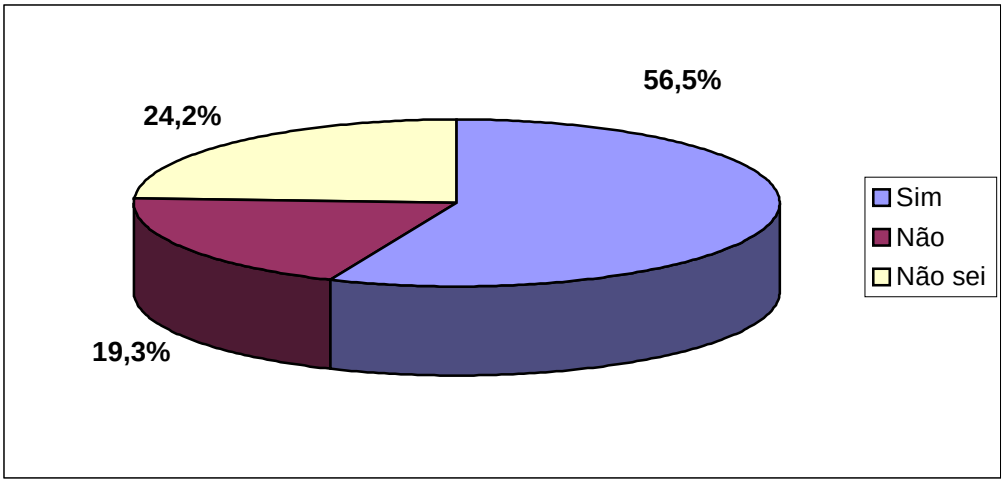
Realizou-se a elaboração de um questionário semi-estruturado e, por meio de um projeto piloto adequamos esse instrumento de coleta. Antes das questões propriamente ditas, inserimos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual esclarecia aos possíveis participantes sobre a voluntariedade da participação, a manutenção do sigilo de suas identidades (apesar de não ser solicitada à identificação dos respondentes), e a publicação dos dados obtidos com o presente trabalho. Foram respeitados os ditames da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e suas resoluções complementares.

Para análise das respostas quantitativas, utilizamos o programa Epi Info versão 6.04, pelo qual realizou-se o levantamento das suas freqüências e porcentagens. Já as respostas qualitativas foram analisadas por meio de análise conteúdo, pela técnica de análise categorial, conforme preconiza Bardin (1994).

4.6 RESULTADOS

Foram entregues 212 questionários, que correspondem à população de cirurgiões dentistas que realizam curso de especialização na Universidade Estadual Paulista – UNESP, nas Faculdades de Odontologia de Araraquara, Araçatuba e São José dos Campos. Obtivemos retorno de 163 (76,9%) dos mesmos.

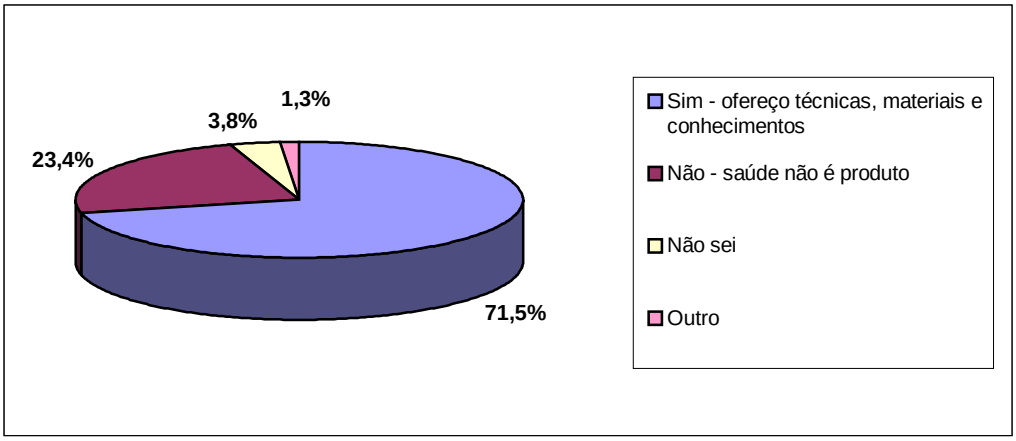
Em relação à regulamentação da relação profissional/paciente na Odontologia pelo Código de Defesa do Consumidor (Gráfico 1), observamos que 43,5% não sabem ou não consideram essa regulamentação, e, conseqüentemente, não entendem que são caracterizados como prestadores de serviço.



* 2 cirurgiões-dentistas não responderam a questão

GRÁFICO 1- Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista quanto à regulamentação da relação profissional/paciente na Odontologia pelo Código de Defesa do Consumidor. Araçatuba – SP. 2005.

Segundo o gráfico 2, observamos que 71,5% dos pesquisados consideram o paciente como consumidor, porque ele se beneficia de técnicas, materiais e conhecimentos oferecidos pelo cirurgiões-dentistas. Porém, 23,4% não consideram o paciente como consumidor, pois alegam que saúde não é produto comercializável.



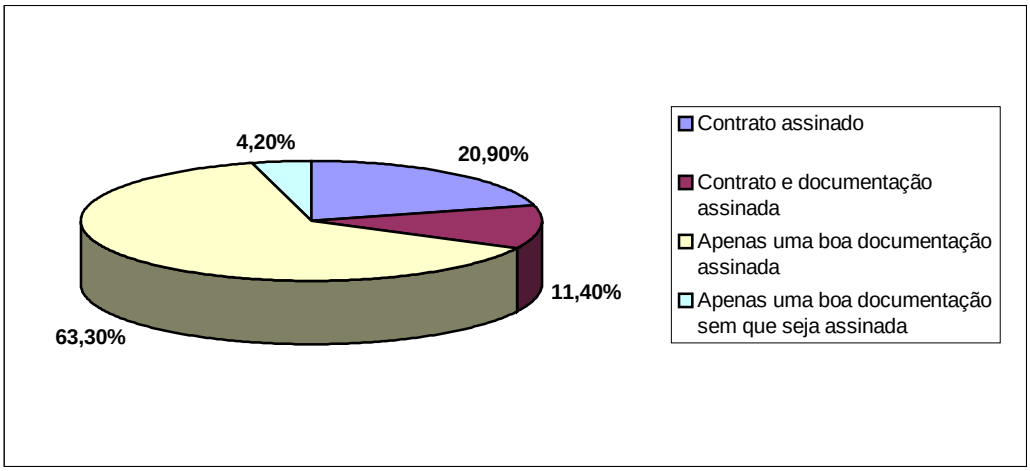
* 5 cirurgiões-dentista não responderam a questão

GRÁFICO 2- Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista quanto ao paciente ser considerado como consumidor. Araçatuba – SP. 2005.

Quanto à prova legal que o profissional julga ser necessária em uma eventual ação judicial, 63,3% relatam que é apresentar uma boa documentação assinada pelo paciente, enquanto 32,3% citam o contrato de prestação de serviços como tal prova (Gráfico 3).

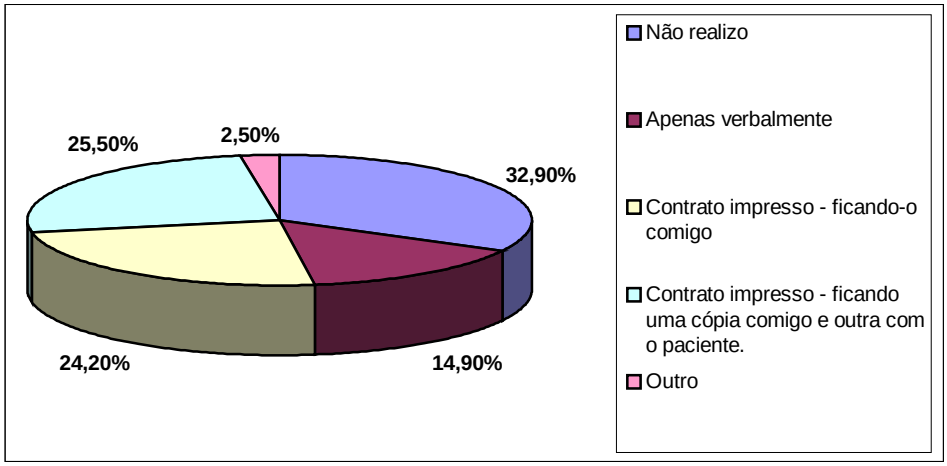
Ao examinar os resultados do Gráfico 4, que corresponde à forma de estabelecimento do contrato de prestação de serviços, 47,8% não o realizam. Dentre esses, 14,9% firmam o contrato de

maneira verbal, o qual não pode se considerado como prova, por não ser consubstanciado.



* 5 cirurgiões-dentistas não responderam a questão

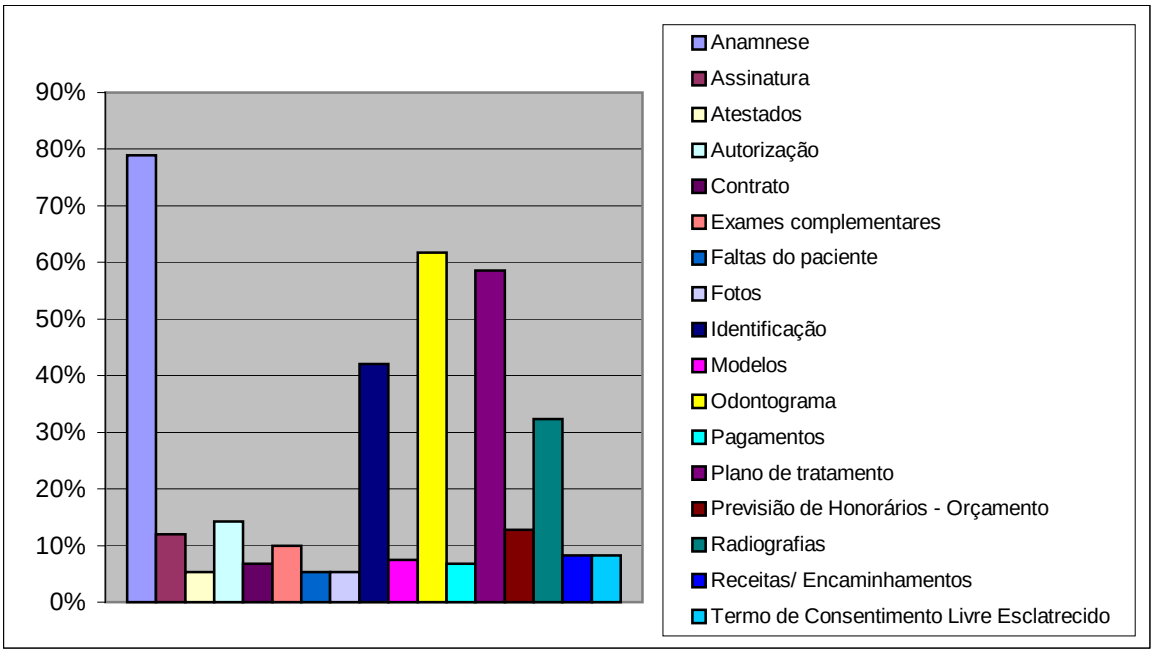
GRÁFICO 3- Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista quanto à prova legal em uma eventual ação judicial. Araçatuba – SP. 2005.



* 3 cirurgiões-dentistas não responderam a questão

GRÁFICO 4- Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista sobre a forma de estabelecimento do contrato de prestação serviço. Araçatuba – SP. 2005.

Sobre a composição do prontuário (Gráfico 5), observa-se que os principais documentos citados pelos profissionais que compõem o prontuário dos mesmos são: anamnese (78,9%), odontograma (61,7%), plano de tratamento (58,6%), identificação (42,1%) e radiografias. (32,3%). Os demais documentos mencionados pelos profissionais de maneira decrescente foram: autorização (14,3%), previsão de honorários / orçamentos (12,8%), assinatura do paciente (12%), exames complementares (10%), Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE, receitas e encaminhamentos (8,3% cada), modelos (7,5%), contrato e pagamentos (6,8% cada), atestados, fotos e faltas de paciente (5,3% cada um).



* 30 cirurgiões-dentistas não responderam a questão

GRÁFICO 5- Distribuição percentual da opinião do cirurgião-dentista quanto aos documentos que compõem o prontuário odontológico. Araçatuba – SP. 2005.

4.7 DISCUSSÃO

No trabalho de Gomes et al. (1997) relatam que por mais que seja divulgado o Código de Defesa do Consumidor e os cuidados que o cirurgião-dentista deve tomar, apenas 47,32% dos cirurgiões-dentistas entrevistados tinham o conhecimento do CDC, semelhante aos nossos resultados (56,5%). Os mesmos autores observaram que 71,43% dos seus entrevistados não documentavam os seus procedimentos, mas que 47,32% deles eram cientes do CDC, podendo considerar como hipótese provável que o profissional tem conhecimento do Código de Defesa do Consumidor como consumidor de produtos e serviços na sua vida cotidiana, e não a de fornecedor de serviços.

Silva et al. (2001), em seu estudo com 39 cirurgiões-dentistas observou que 20% destes não estavam cientes de que o CDC regulamenta a relação profissional/paciente, quase metade do valor encontrado em nosso trabalho (43,5%). Os autores também averiguaram que apenas 25,5% dos entrevistados não descrevem o paciente como consumidor, semelhantes aos 23,4% dos pesquisados em nosso estudo, que também não o consideram.

Podemos enfatizar que, contraditoriamente, dos 71,5% dos pesquisados em nosso estudo que consideram o paciente como consumidor, e apenas 56,5% compreendem que o CDC dita normas sobre a relação profissional/paciente na Odontologia, o que é preocupante, porque se os cirurgiões-dentistas não estão cumprindo

essa regulamentação, conseqüentemente, poderão sofrer as sanções do mesmo.

No trabalho de Sant'ana (1995) é sugerido aos dentistas acautelarem-se, procurando obter um documento assinado pelo paciente. Dentre os pesquisados, 63,3% dos cirurgiões-dentistas pesquisados em nosso trabalho indicam como prova legal em uma eventual ação judicial uma boa documentação do paciente e assinada por ele, enquanto 32,3% mencionam que deve ser o contrato de prestação de serviços.

Pinheiro (2002), em seu estudo com especialistas em prótese dentária, observou que 72,4% não adotavam forma ou modelo de contrato. Fernandes e Cardozo (2001) comentam que 67% dos ortodontistas entrevistados não realizam contrato com o paciente. Os valores encontrados em nossa pesquisa concordam com esses, pois 47,8% também não o fazem, ou o realizam de forma verbal, o qual também não tem valor legal.

Garbin (2004), ao interrogar 151 advogados da cidade de Araçatuba-SP, 57,6% consideravam a documentação odontológica como um contrato. Esse resultado concorda com o nosso trabalho, pois 63,3% dos profissionais pesquisados julgam ser necessária uma boa documentação odontológica assinada pelo paciente como prova legal em uma eventual ação judicial.

É importante enfatizar aos cirurgiões-dentistas, segundo Calvielli (1996), assim como Serra (2001) e Barros (1998), que a elaboração da documentação adequada serve, inclusive, para dar respaldo as afirmações profissionais em eventuais processos.

Zimmermann et al. (1998) em seu estudo verificaram que 66% dos cirurgiões-dentistas entrevistados não solicitavam a assinatura do paciente autorizando o plano de tratamento. Brito (2005), em seu estudo com 124 cirurgiões-dentistas, observou que apenas 13,1% dos mesmos registravam a assinatura. Em nosso trabalho, apenas 12% dos pesquisados possuem a assinatura do paciente no prontuário odontológico.

Saliba et al. (1997), em seu estudo com 76 cirurgiões-dentistas do Município de Araçatuba-SP observaram que 43,8% dos mesmos solicitavam assinatura do paciente no prontuário, 57,8% realizavam o registro da história clínica anterior ao tratamento do cliente e, 94,6% dos profissionais, conheciam as implicações legais por não possuírem o prontuário do paciente; mesmo assim, insistiam em não preencher e não possuir fichas odontológicas completas dos pacientes. A maioria dos nossos entrevistados não possui todos os documentos fundamentais, conforme estabelecidos pelo Conselho Federal de Odontologia, restringindo a anamnese (78,9%), odontograma (61,7%), plano de tratamento (58,6%), identificação (42,1%) e radiografias (32,3%).

Segundo Almeida (2005), uma expressiva parcela da categoria negligencia a elaboração do prontuário, por diversos motivos. Há quem alegue o gasto de tempo e a necessidade de espaço para a guarda da documentação em um contexto onde as salas clínicas têm que abrigar cada vez mais instrumentais e equipamentos auxiliares; outros manifestam seu inconformismo, e por vezes inaptidão, para o que consideram atividade burocrática desnecessária e enfadonha, dissociada do exercício clínico.

A rotina, todavia, tem demonstrado que um número significativo de cirurgiões-dentistas, ao se defrontarem na Justiça ou no Conselho com um alegado erro técnico ou infração ética, por não possuírem um prontuário odontológico adequado e corretamente preenchido, ficam à mercê de outros meios de prova, tais como depoimentos e testemunhas, abrindo assim mão de um poderoso elemento para comprovar sua inocência (ALMEIDA, 2005).

4.8 CONCLUSÃO

Por meio dos nossos resultados e trabalhos publicados analisados, concluímos que :

- Muitos profissionais não sabem ou não consideram que a relação profissional/paciente na Odontologia seja regulamentada pelo Código de Defesa do Consumidor;
- A grande maioria da população estudada alega que ter uma boa documentação assinada pelo paciente é uma prova legal em uma eventual ação judicial.
- Apesar de muitos profissionais alegarem a necessidade de um contrato como prova legal em uma eventual ação judicial, a maioria não o realiza.
- A anamnese, o odontograma, a identificação do paciente, plano de tratamento e radiografias são os principais documentos em ordem decrescente citados, que compõem o prontuário odontológico.

4.9 CONSIDERAÇÃO FINAL

É imprescindível que o cirurgião-dentista de hoje possua uma boa documentação odontológica assinada pelo paciente, que servirá como prova legal em uma eventual ação judicial e também a conscientização sobre a regulamentação da relação profissional/ paciente pelo Código de Defesa do Consumidor, pois o mesmo é caracterizado como prestador de serviços.

4.10 REFERÊNCIA[1]

Abramowicz M, Calvielli ITP, Silva M, Vieira GMD, Menezes JDV. No banco dos réus. Rev Assoc Paul Cirur Dent 1995; 49(4): 258-67.

Almeida CAP. Prontuário: instrumento ético e de defesa do cirurgião-dentista. J Assoc Paul Cir Dent 2005; 39(578): 5.

Almeida CAP, Zimmermann RD, Cerveira JGV, Julivaldo FSN. Prontuário odontológico: uma orientação para cumprimento da exigência contida no inciso VIII do art. 5º do Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia; 2004.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70;1994.

Barros OB. Como o cirurgião dentista deve organizar-se para evitar processos. São Paulo: Raízes; 1998.

Brasil. Código Civil: lei 10.406/ 2002. In: Constituição Federal, Código Civil, Código de Processo Civil. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2003a . p. 261-539

Brasil. . Código de Defesa do Consumidor: lei 8078/ 1990. In: Constituição Federal, Código Civil, Código de Processo Civil. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2003b . p. 1198-220.

Brito EWG. A documentação odontológica sob a ótica dos cirurgiões-dentistas de Natal/ RN [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.

[1] Normalização segundo as normas da Vancouver

Calvielli ITP. Natureza da obrigação assumida pelo cirurgião-dentista no contrato de locação de serviços odontológicos. Rev Assoc Paul Cir Dent 1996; 50(4):315-8.

Calvielli ITP. Responsabilidade profissional do cirurgião-dentista. In: Silva M, coord. Compêndio de odontologia legal. São Paulo: MEDSI; 1997. p.399-411.

Conselho Federal de Odontologia. A comissão de ética do CROSP apresenta as dúvidas freqüentes que chegam ao Conselho e orienta os cirurgiões-dentistas sobre os procedimentos a adotar. J Cons Reg Odontol 2004; 23(97): 20.

Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica: resolução nº 42 de 20 de maio de 2003. Rio de Janeiro: CFO; 2003.

Fernandes F, Cardozo HF. Responsabilidade civil do cirurgião dentista: o pós-tratamento ortodôntico [Abstract]. Pesqui Odontol Bras 2001; 15 (Suppl):148.

Garbin CAS. A responsabilidade profissional do cirurgião-dentista, segundo a visão de advogados de Araçatuba- SP [Tese de Livre-Docência]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista: Faculdade de Odontologia; 2004.

Gomes MA, Candelária LFA, Silva M. Aspectos legais da prevenção das doenças bucais em relação à documentação profissional. Rev Paul Odontol 1997; 19(1):18-28.

Gonçalves CR. A responsabilidade dos médicos, hospitais, dentistas. In: Gonçalves CR. Direito Civil: direito das obrigações: parte especial: responsabilidade civil. 2. ed.São Paulo: Saraiva; 2002. p.148-50.

Goiris FAJ. Conceituações jurídico/legais relativas ao exercício da implantodontia. BCI 1995; 2(3): 39-46.

Hissa R. O código de defesa do consumidor na Odontologia. Rev Juríd Consulex 2003; 7(166): 40-7.

Legal. Guimarães DT. Dicionário técnico jurídico. 2.ed. São Paulo: Rideel; 1999. p. 387.

Nogare RCD. O novo código civil e a responsabilidade civil odontológica. J Assoc Paul Cir Dent 2002; 37(551):32.

Pinheiro LF. Responsabilidade profissional: relação paciente-profissional em prótese total [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2002.

Puppin AAC, Paiano GA, Piazza JL, Tottiani MA. Ético versus legal: implicações na prática clínica. Rev ABO Nac 2000; 8(1): 38-41.

Quintela RS, Daruge E. O cirurgião-dentista como prestador de serviços, frente ao Código de defesa do consumidor. Rev Paul Odontol 1998; 20(3): 30-4.

Ramos DLP. A proteção do profissional. In: Feller C, Gorab R. Atualização na clínica odontológica. São Paulo: Artes Medicas; 2000. p. 581-91.

Saliba CAS, Moimaz SAS, Saliba NA, Soares AA. A utilização de fichas clínics e sua importância na clínica odontológica. Rev Assoc Paul Cir Dent 1997; 51(5): 440-5.

Sant´ana GC. A responsabilidade dos cirurgiões-dentistas Rev Assoc Paul Cir Dent 1995; 49(6): 429-30.

Serra MC. Responsabilidade profissional em Odontologia: cuidados observados por cirurgiões-dentistas com a documentação odontológica, em consultórios particulares [Tese de livre docência]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia; 2001.

Silva KA, Almeida LT, Miranda IMP, Silveira JLG. Legislação e ética da relação dentista-paciente. Pesqui Bras Odontoped Clin Integr 2001; 1(3): 31-7.

Silva M. Os dez mandamentos da documentação a ser realizada num consultório odontológico. Rev ABO Nac 2000; 8(1): 42-4.

Spyrides S. Do especialista para o clínico. Rev Bras Odontol 2002; 59(4): 220-1.

Tanaka H, Garbin CAS. Estudo das reclamações contra cirurgiões-dentistas no PROCON de Presidente Prudente-SP. Rev Paul Odontol 2003; 25(5): 30-3.

Zimmermann RD, Nascimento Filho DH, Tavares GC, Mendes JF, Melo Neto JP, Costa KP, et al. A importância do prontuário odontológico. Rev Cons Reg Odontol Pernamb 1998, 1(1): 7-12.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO

O presente questionário é parte integrante de um projeto de pesquisa. Os dados obtidos deverão ser divulgados em publicações e reuniões científicas. O sigilo de sua identidade será assegurado. Sua participação neste trabalho, respondendo as questões a seguir, é voluntária.

1- Sexo: 1 Feminino 2 Masculino

2-Especialidade: _____

3-Há quanto tempo você é formado:
1 até 5 anos 2 de 6 a 10 anos 3 de 11 a 15anos
4 de 16 a 20 anos 5 mais de 20 anos

4- Que tipo de sistema você trabalha?
1 consultório particular próprio - autônomo
2 consultório particular – por porcentagem
3 por salário fixo.
4 cooperativas, clinicas populares, etc.
5 Outro. Especifique: _____

5- Você julga que sua profissão é regulamentada pelo Código de Defesa do Consumidor?
1 sim 2 não 3 não sei

6- Você considera o seu paciente como consumidor?
1 sim, pois ofereço técnicas, materiais e conhecimentos através da minha profissão.
2 não, pois Saúde não é um produto que possa ser vendido.
3 não sei
4 Outro. Especifique: _____

7- Como prova legal em uma eventual ação judicial você julga necessário ter:
1 um contrato assinado pelo paciente.
2 não necessariamente um contrato, mas uma boa documentação sobre o paciente e assinada por ele
3 Não necessariamente um contrato, mas uma boa documentação sobre o paciente, mas não que seja assinada por ele
4 Outro. Especifique: _____

8– Como você estabelece um contrato de prestação de serviço com o seu paciente e/ou seu representante legal:
1 não realizo tal contrato.
2 realizo um contrato apenas verbalmente.
3 realizo um contrato impresso, ficando-o apenas comigo.
4 realizo um contrato impresso, ficando uma cópia comigo e outra com o paciente.

5 Outro.Especifique: _____

9- Sabendo que a Odontologia oferece mais de uma alternativa de tratamento para determinados casos, você apresenta essas alternativas ao seu paciente e/ou ao seu representante legal?

1 apresento somente aquelas que tenho domínio.
2 apresento todas as alternativas para o determinado caso.
3 não apresento.Especifique o motivo: _____
4 Outro. Especifique: _____

10- Na decisão final sobre que tratamento deve ser executado, para você quem deve decidir?

1 o profissional, pois é quem sabe o que é melhor para aquele caso.
2 o paciente, pois é ele quem esta pagando.
3 o profissional e o paciente, através de um comum acordo entre eles.
4 Outro. Especifique: _____

11- Na decisão sobre o tratamento do seu paciente, você considera que a participação do mesmo ou do seu representante legal possa interferir de maneira negativa?

1 sim. Porque o paciente pode não optar pelo tratamento o que o cirurgião-dentista julga ser mais adequado para ele.
2 não. Porque traz confiança ao dentista de estar realizando o tratamento escolhido pelo paciente, e faz com que o paciente coopere e se responsabilize também pelo tratamento odontológico.
3 não. Porque evita com que o paciente crie falsas expectativas perante o tratamento, que não poderão ser alcançadas.
4 Outro. Especifique: _____

12- No momento de explicar sobre o tratamento que o seu paciente irá passar, de que forma você explica?

1 não explico, apenas trato o paciente
2 de forma leiga, para que o paciente entenda sobre o que eu estou falando.
3 de forma técnica apenas.
4 de forma técnica, mas explicando as duvidas que o paciente possa ter.
5 Outro. Especifique: _____

13- Quando na escolha do tratamento o paciente opta por uma opção, que você profissional julga a menos conveniente para o tratamento, o que você faz?

1 realizo o procedimento que o paciente escolheu.
2 tento convencê-lo de que não é a melhor opção, e que opte pela correta.
3 tento convencê-lo de que não é a melhor opção, mas se mesmo assim não mudar de idéia eu executo o tratamento que ele escolheu.
4 Outro. Especifique: _____

14 – Antes de executar o tratamento odontológico propriamente dito, você pede ao paciente:

1□ uma autorização ao paciente e/ou ao seu responsável legal.

2□ um consentimento livre esclarecido ao paciente e/ou ao responsável legal.
3□ não peço nada, apenas executo o tratamento .
4 não peço nada, pois esta tudo escrito no contrato estabelecido anteriormente.
5 Outro motivo. Especifique: _____

15 – Sobre a interação do profissional com o paciente, você considera importante para o tratamento odontológico?
1 sim. Pq?_____
2 não. Pq?_____

16- Sobre o prontuário odontológico que você possui sobre o seu paciente; o que nele contêm?
_____
_____
_____
_____

Obrigada !