

Bioética e Odontologia

Bioethics and Dentistry

CLÉA ADAS SALIBA GARBIN¹
ARTÊNIO JOSÉ ÍSPER GARBIN²
PATRÍCIA ELAINE GONÇALVES³
MÔNICA DA COSTA SERRA⁴
CLEMENTE DA SILVA FERNANDES³

RESUMO

A bioética lida com questões da moralidade e da racionalidade de conduta humana nas ciências biológicas e da saúde. Em seu seio são discutidos aspectos éticos de temas polêmicos, como aborto e eutanásia, além de pesquisas envolvendo seres humanos, dentre outros. A relação profissional/paciente é também debatida nesta recente área do conhecimento. Por meio da autonomia, o paciente passa a compartilhar as decisões, baseado em valores e crenças pessoais, podendo assim realizar a uma escolha consciente e conseqüente. Escolhe as propostas terapêuticas, acatando-as, ou não, mediante o seu consentimento após completo entendimento e compreensão. Por sua vez, a beneficência está relacionada ao papel do profissional em assegurar os benefícios para a saúde do paciente, através do diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças bucais, contribuindo na qualidade de vida do mesmo. O tema proposto vem valorizar tanto o papel do paciente como colaborador ativo no seu tratamento, como ao cirurgião-dentista, na promoção de saúde. Este trabalho tem por objetivo discutir o papel da reflexão bioética na Odontologia. A partir das referências levantadas, pode-se afirmar que são necessárias e fundamentais.

DESCRIPTORIOS

Bioética. Relação profissional-paciente. Autonomia. Prática odontológica.

SUMMARY

Bioethics deals with issues concerning morality and rationality of human conduct in the biological and health sciences. As its main core, ethical aspects of controversial themes are discussed, such as, abortion, euthanasia, besides research involving human beings, among others. The professional/patient relationship is also discussed in this new field of knowledge. Through autonomy, the patient starts to share decisions, based on values and personal beliefs, so that a conscientious choice can be made; a choice involving therapeutic proposals, accepting or denying them, and consenting after complete understanding. Ultimately, beneficence is related to the role of the professional in assuring the benefits for the patient's health, through diagnosis, prevention and mouth disease treatments contributing to the patient's quality of life. The theme proposed values both the role of the patient as an active collaborator in the treatment, as well as the surgeon-dentist, as a health promoter. This work has the objective to discuss the role of reflexive bioethics in Dentistry. From the references found, it can be affirmed that they are necessary and fundamental.

DESCRIPTORS

Bioethics. Relationship professional/patient. Autonomy. Odontology practices.

1 Professora Adjunto do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

2 Professor Assistente do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

3 Cirurgiã-Dentista.

4 Professora Adjunto do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP.

O termo bioética surgiu na década de 70, precisamente em 1971, mencionada pelo oncologista americano Van Rensselaer Potter em seu trabalho *Bioethics: bridge to the future* – Bioética: uma ponte para o futuro, em que destacava a necessidade de um acompanhamento ético às pesquisas científicas naquele tempo realizadas. Atualmente, ela é considerada por muitos autores como uma nova reflexão, porque trata e traz em sua bagagem variados temas polêmicos, desde o aborto, eutanásia, clonagem, transplantes entre outras, sendo muitas vezes palco de conflitos morais e éticos. Caracterizando a “prática” bioética, em uma ação multifatorial e complexa, decorrente da existência de um pluralismo cultural, político e moral em nossa sociedade (GARRAFA, 1995).

BIOÉTICA E ODONTOLOGIA

Um novo caminho

A bioética está presente como nas outras áreas da saúde, desde as pesquisas científicas, que resultam no progresso da profissão, como no próprio atendimento clínico (GARRAFA, 2003; PINTO CISTERNAS, 1999).

Sobre as pesquisas científicas que se sucedem com o envolvimento de seres humanos, tanto de forma direta como indireta, há em vigor a norma para tais pesquisas; norma 196 de 10 de outubro de 1996, promulgada pelo Conselho Nacional de Saúde, em que uma das obrigações do pesquisador responsável é obter a anuência da pessoa que irá participar da pesquisa, desenvolvendo assim pesquisas éticas e de qualidade (COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 2000).

Voltada para o atendimento clínico, a bioética sempre enfocou, como podemos observar na sua vasta literatura na relação médico-paciente. Porém cabe a nós odontólogos transferi-la, adequá-la, e aprimorá-la para o nosso cotidiano clínico. Essa interação médico e paciente, por muito tempo foi estabelecida pelo modelo Paternalista, herança dos antigos médicos de família, que além de confidentes, a sua prática médica era sempre observada como correta, não havendo qualquer necessidade de dúvida ou discussão pela parte do paciente. Isso caracteriza uma relação vertical, sendo o médico “endeusado” e detentor do conhecimento terapêutico e o paciente como mero agente passivo da situação (COHEN; MARCOLINO, 1995; MUNÖZ; FORTES, 1998).

Em 1979, essa relação até então solidificada e indiscutível foi transformada com o advento da teoria principialista de Beauchamp e Childress, a qual apresen-

The term bioethics appeared in the 70s, precisely in 1971, mentioned by the American oncologist Van Rensselaer Potter in his work *Bioethics - Bridge to the Future*, in which what stood out was the necessity of ethical accompaniment towards scientific research realized at the time. Currently, it is considered by many authors as a new form of reflection because it deals with and brings back many varied controversial themes, from abortion, euthanasia, cloning and transplanting, among others, being many times a scene of moral and ethical conflicts, characterizing the bioethical “practice”, in a multi-factorial and complex action, resulting from the existence of cultural, political and moral pluralism in our society.

BIOETHICS AND DENTISTRY

A New Path

Bioethics is present, as in other health fields, since scientific research, which result in progress of the profession, as in clinical service (GARRAFA, 2003; PINTO CISTERNAS, 1999).

Concerning scientific research, which followed with the involvement of human beings, directly or indirectly, there are in effect norms for those researches: norm 196 of 6th October, 1996, promulgated by the Conselho Nacional de Saúde, in which one of the obligations of the researcher responsible is to obtain the approval of the person who will participate in the research, hence developing ethical and quality researches (COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 2000).

Turning back to clinical service, ethics has approached, as observed in the vast literature, the relation doctor-patient. However, it is up to us, to transfer, make adequate and improve it in our clinical routine. This medical interaction between doctor and patient has for a long time been established by the Paternalist model, inherited by former family doctors, who besides being reliant, had always had their medical practice observed as correct, not having any need for doubt or discussion by the patient. This characterizes the vertical relation, making the doctor to be seen as “God” and detainee of all therapeutic knowledge and the patient as a passive agent of the situation (COHEN; MARCOLINO, 1995; MUNÖZ; FORTES, 1998).

In 1939, this relation, up to then, solidified and uncontested as transferred with the advent of Beauchamp and Childress principality theory, which

tava quatro princípios éticos que deveriam atuar e interagir na relação do profissional e paciente. Essa teoria foi utilizada por um longo tempo, e por vários profissionais, pois os resguardava eticamente frente as situações delicadas. Assim a bioética “instrumentalizou” e começou a dar respostas a todas as questões, mediante a uma análise de “disputa” entre esses princípios, e aquele que predominasse, seria a resposta do problema em questão.

Esses princípios éticos consistiam em: autonomia (em que o paciente teria o direito de auto governar-se), beneficência, em que o profissional deveria promover o máximo de benefícios ao seu paciente, não causando dano algum, e evitasse qualquer tipo de dano, caso não poderia promover benfeitorias. Esse seria o princípio da não-maleficência. E por último o princípio da justiça, que corresponderia na equidade social, ou seja, levar saúde a todos. Tudo isso caracterizava como um “guia” ético que deveria ser seguido, e através disso a ação do profissional estaria correta (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Porém, muitas críticas sobrevieram a essa teoria, até pela parte dos próprios autores BEAUCHAMP e CHILDRESS (1994), pois os princípios éticos então preconizados não deveriam ser os únicos fundamentos para a atuação do profissional, e sim utilizados como referências para cada dúvida ou questão que sobreviesse no atendimento clínico; enfocando a particularidade de cada paciente, que o profissional viesse a atender. Pois cada paciente deve ter a sua particularidade de atenção, planejamento e execução, diferentes dos demais paciente. Tudo isso é decorrente de fatores envolvidos, como fatores sociopolíticos, culturais, entre outros (JUNGUE, 2003). Contudo, mesmo na prática odontológica, esses fatores não interferem apenas no tratamento do cirurgião-dentista, mas na própria percepção e valorização do paciente frente a sua saúde bucal. Podemos diferenciar aquele paciente que valoriza o aspecto estético; como em ter dentes alinhados, ter dentes brancos através de clareamento; daquele outro paciente que busca ter “dentes” que levem-no a mastigar, mesmo sendo prótese, mas o que ele quer é ter o conforto e a possibilidade de mastigar... Enfocando aqui, a função mastigatória. Ou até mesmo daquele que vai ao dentista de caráter emergencial, para tirar a dor que não o deixa sossegado. Assim, observa-se pacientes diferentes, expectativas e desejos diferentes, ou seja, a particularidade de cada caso.

Com isso, na interação com o seu paciente, o cirurgião-dentista deverá utilizar a bioética “prática” como um referencial, por meio de seus princípios éticos

presented four ethical principals that should act and interact on the professional and patient relation. That theory was used for a long time and by various professionals because it protected them ethically whenever in delicate situations. That way, bioethics “implemented” and answered all questions, through an argument analysis of the principals, and the one that prevailed would be the answer to the issue in question.

These ethical principals constituted: autonomy – the patient would have the right to self-government; beneficence – the professional would have to promote the biggest amount of benefits for the patient, not causing any harm whatsoever and avoiding any harm in case benefits could not be promoted. This would be the principal of non-beneficence. And last, the principal of justice, corresponding to social equality, that is, health to all. All of those characterized an ethical “guide” to be followed, and through that the professional’s action would be correct (DINIZ; GUILHEM, 2002).

However, much criticism has come over that theory, even on behalf of the authors BEAUCHAMP and CHILDRESS (1994), once the ethical principals, until then instituted, should not be the only means by which a professional should act, but utilized as references for doubts or issues that might occur after clinical service; focusing on patients’ particularities that a professional would have to attend to. Each patient should have their own private attention, plan and execution, different from other patients. All of this derives from connected factors; such as, social factors – political, cultural, among others (JUNGUE, 2003). Nevertheless, even in dentistry, these factors do not only interfere in the treatment of the surgeon-dentists, but in the patient’s perceptions and values towards an individual’s buccal health. We can differentiate the patient who values the aesthetic aspect; like having aligned teeth, whiter teeth through a lightener, from the one who just wants to have teeth to enable chewing, even if it is by the use of dentures. What they really want is to feel comfortable and have the possibility to chew. Our focus can be on the chewing function or on those people who go to the dentist for an emergency, just to get rid of pain. In that way, we observe different patients, expectations and desires; that is, the particularity of each case.

So, in the interaction with the patient, the surgeon-dentist should use practical bioethics as a reference. Through principality ethical principals, the patient can exercise autonomy; expose wishes and

principalistas, pelos quais o paciente poderá estar exercendo a sua autonomia, através da exposição dos seus desejos e expectativas ao profissional frente ao tratamento odontológico que ele irá se submeter; também pela escolha da alternativa de tratamento entre outras, que para ele trará mais qualidade de vida, baseado nas suas crenças e valores, depois de estar esclarecido sobre todas elas. Essa autonomia se concretizará através do consentimento livre esclarecido que o paciente dará ao profissional de forma impressa, sob o termo de consentimento livre e esclarecido, para que seja realizado tal procedimento. Mas, essa ação se dará com o paciente de autonomia plena, ou seja, paciente adulto, que tenha a capacidade de avaliar, entender e discernir o que é melhor para si. Porém, quando se tratar de paciente com autonomia reduzida como deficientes, adolescentes, crianças, ou seja, pessoas que não têm a tal capacidade, ou ainda não apresentam, o consentimento se dará através do seu responsável legal, ou seja, o seu curador ou tutor (BRASIL, 2003a; COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 2000; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003; SILVA, 2002).

Mas essa autonomia adquirida pelo paciente, o passa a uma posição ativa frente ao tratamento, ou seja, torna-se responsável e colaborador juntamente com o profissional da sua própria saúde (GARRAFA, 2003).

O profissional agirá de maneira ética e benéfica, desde a humanização de que o paciente não se resume à cavidade bucal, ou seja, é um ser pensante, cheio de desejos e expectativas (VOMERO, 2000). Ao realizar o planejamento clínico do paciente, deverá expor a ele todas as alternativas com seus riscos e benefícios que competem ao caso, não omitindo informações, por mais que não realize tal alternativa, pois tem o medo que o paciente ao ficar sabendo, poderá procurar outro profissional. Porém, se o cirurgião-dentista não o fizer, estará infringindo tanto o Código de Ética Odontológica (de acordo com seu Art. 7, inciso IV), como o Código de Defesa do Consumidor (Art 31) (BRASIL, 2003b; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003).

Todavia, a beneficência não se restringe a “negociação” em si, mas adentra ao tratamento, o qual deverá ser executado pelo profissional de maneira correta, embasado em teoria e técnicas previamente sedimentadas na literatura científica, caso ao contrário, caracterizará tal procedimento com “pesquisa” e o paciente deverá ser informado, e dar o seu consentimento (GARRAFA, 2003). Outra observação que deve ser feita é de que qualquer alteração no plano de tratamento inicial, o profissional deverá juntamente com o paciente,

professional expectations concerning the dental treatment to which he or she will be subjected to, also choose the treatment, among others, which will bring him a better quality of life, based on beliefs and values after having been clarified about all the alternatives. This autonomy will become concrete through free consent given to the professional in written form, in the form of free and clarified consent to undergo the procedure. Nevertheless, this action will occur with the patient who has total autonomy; that is, an adult patient who has the capacity to evaluate, understand and distinguish what is best. However, when the issue concerns patients with reduced autonomy, such as handicapped, teenagers, children – those people who do not have the capacity, or have not presented the capacity – consent will be given by a person responsible, curator or tutor (BRASIL, 2003a; COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 2000; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003; SILVA, 2002).

But, this autonomy acquired by the patient gives him or her position towards the treatment; that is, makes him or her responsible, and a collaborator together with the professional taking care of his or her health.

This professional will act in an ethical and beneficent manner, considering the patient as a human being and not only an oral cavity. The individual thinks, has desires and expectations (VOMERO, 2000). As the patient’s clinical planning procedure is being made, the health professional should expose all alternatives and their risks, benefits that accompany the case, omitting no information regardless of the procedure, even if afraid that the individual may find out and seek another professional. Nonetheless, if the surgeon-dentist does not act in this way, he or she will be breaking the Dentistry Ethics Code (Article 7), (section IV), as well as the Customer Service Code (Article 31) (BRASIL, 2003b; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003).

Notwithstanding, beneficence is not restrictive to “negotiation”, but it is part of the treatment that should be executed correctly by the professional, based on theoretical background and techniques previously grounded on scientific literature. On the contrary, the procedure will be characterized as “research” and the patient must be informed, and grant consent (GARRAFA, 2003). Another observation to be made is that, if there is any change in the initial treatment plan, the professional together with the patient should

estar novamente discutindo, reavaliando, para chegarem a um senso comum, e a uma nova concordância mútua de vontades (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003; SILVA, 2002).

A bioética, por se tratar de uma nova reflexão, ainda é considerada fora do contexto clínico por muitos cirurgiões-dentistas, agindo ainda de maneira paternalística e não estimulando o paciente ou seu responsável legal a exercer sua autonomia (GARBIN *et al.*, 2002).

Vários autores denotam a importância da bioética no tratamento odontológico, e que a mesma deve ser inserida já no campo acadêmico do futuro profissional. Mas ao se realizar isso, não automaticamente nega-se uma educação, ou modelo de profissional já sedimentado, e sim visa aprimorá-la, para que haja um ganho mútuo bilateral, tanto para o profissional como para o paciente, e não apenas unilateral que observou por longos períodos (MANJI, 1994; ODOM *et al.*, 2000).

A bioética deve ser tratada como uma nova reflexão que veio aprimorar a interação profissional e paciente, abolindo definitivamente o papel paternalista do cirurgião-dentista e dando-lhe um novo papel de colaborador e co-responsável pela saúde do seu paciente, e a esse a participação ativa no seu tratamento. Tudo isso de maneira tolerante e resultante de um acordo mútuo.

discuss, evaluate and check until there is an agreement (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003; SILVA, 2002).

Bioethics, being considered a new way of reflecting, is still considered out of the clinical context for many surgeon-dentists. Hence, acting in a paternalistic manner and not stimulating the patient and the individual responsible for the patient to exercise their autonomy (GABIN *et al.*, 2002).

Several authors indicate the importance of bioethics in dental treatments, and that it should be inserted in the academic field of future professional. Doing so, does not automatically negate a kind of education, or a kind of professional that is grounded, but the idea is to improve so as to have mutual bilateral gain. That is, for both professional and patient, not only unilateral, as what has been observed for a long period of time (MANJI, 1994; ODOM *et al.*, 2000).

Bioethics should be treated as a new way of reflecting which has come to improve interaction between professional and patient, abolishing the paternalistic concept of the surgeon-dentist, therefore, giving him or her a new role as collaborator and co-responsible for the patient's health and the patient, an active participation in the treatment. All of this should be done tolerantly and as a result of mutual agreement.

REFERÊNCIAS

References

1. BEAUCHAMPTL, CHILDRESS JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1979.
2. BEAUCHAMPTL, CHILDRESS JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4 ed. New York: Oxford University Press, 1994.
3. BRASIL a. *Constituição Federal, Código Civil, Código de Processo Civil*, organizador Yussef Said Cahali; obra coletiva de autoria da Editora Revista dos Tribunais, com coordenação de Giselle de Melo Braga Tapai. 5. ed.ver. Atual. E ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003. Código Civil - Lei 10.406 / 2002, p. 101- 620.
4. BRASIL b. *Constituição Federal, Código Civil, Código de Processo Civil*, organizador Yussef Said Cahali; obra coletiva de autoria da Editora Revista dos Tribunais, com coordenação de Giselle de Melo Braga Tapai. 5. ed.ver. Atual. E ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003. Código de Proteção e Defesa do consumidor – Lei 8078/90, p. 1198-1220.
5. COHEN C, MARCOLINO JAM. Relação Médico - Paciente. In: SEGUE M, COHEN C.(orgs). *Bioética*. São Paulo: Edusp, 1995.

6. COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. (Res.CNS 196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
7. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Código de Ética Odontológica*. Resolução nº 42 de 20 de maio de 2003.
8. DINIZ D, GUILHEM D. *O que é bioética*. São Paulo: Brasiliense, 2002.
9. GARBIN CAS, MARIANO RQ, MACHADO TP, GARBIN AJI. Estudo Bioético das relações humanas no tratamento odontológico. *Rev Fac Odontol Lins* 14(1):54-59, 2002.
10. GARRAFA V. Bioética e Odontologia. In: KRIGER L. *ABROPREV: Promoção de Saúde Bucal*. 3. ed. São Paulo: Artes Medicas, 2003.
11. GARRAFA V. *Dimensão da Ética em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública - USP, 1995.
12. JUNGUE JR. Metodologia da análise ética de casos clínicos. *Bioética* 11(4):33-32, 2003
13. MANJI I. Is Dentistry in trouble With Ethics? *J Can Dent Assoc.*, v.60 (9):771-773, 1994.
14. MUNÓZ DR, FORTES PAC. O princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: COSTA SF, OSELKA G, GARRAFA V. (Orgs). *Iniciação a Bioética*. Conselho Federal de Medicina, 1998.
15. ODOM JG, BEEMSTERBOER PL, PATE TD, HADEN NK. Revisiting the Status of Dental Ethics Instruction. *J Dent Educ* 64(11):772-774, 2000.
16. PINTO CISTERNAS J. Ética y Bioética en la Investigación Odontológica. *Rev Fac Odont Univ Valparaiso* 2(3):212-217, 1999.
17. POTTER VR. *Bioethics: Bridge or the future*. New Jersey Prentice Hall, 1971.
18. SILVA RG. Consentimento Esclarecido no tratamento Odontológico. In: VANRELL JP *Odontologia Legal & Antropologia Forense*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
19. VOMERO MF. Entendendo a relação paciente/profissional. *Rev Assoc Paul Cirur Dent* 54(4):267-277, 2000.

CORRESPONDÊNCIA**Correspondence**

Cléa Adas Saliba Garbin
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Departamento de Odontologia Infantil e Social
Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social
Rua José Bonifácio, 1193 - Caixa Postal 341
16015-050 Araçatuba – São Paulo – Brasil

E-mail

cgarbin@foa.unesp.br
rebrasa@ccs.ufpb.br