

# QUEM DEVE ESCOLHER O TRATAMENTO: O PACIENTE OU O CIRURGIÃO-DENTISTA? UMA REFLEXÃO BIOÉTICA

Who should choose the treatment: the Patient or the Surgeon-dentist?  
A bioethics reflection.

Patrícia Elaine Gonçalves\*  
Cléa Adas Saliba Garbin\*\*  
Artênio José Ísper Garbin\*\*\*

## RESUMO

Durante a escolha do tratamento odontológico observamos a interferência da subjetividade e expectativas individuais tanto do cirurgião-dentista, como do paciente. Por muito tempo, essa escolha esteve direcionada apenas sob a concepção do profissional sobre o processo saúde-doença; que este pressupunha qual melhor tipo de tratamento para o seu paciente, que acatava como tal, determinando uma relação vertical e unilateral. Atualmente, essa estrutura está sendo rompida, mediante a inserção da reflexão bioética na Odontologia, que traz a conscientização de que o profissional deve praticar a beneficência que finda na qualidade de vida do seu paciente, e este a autonomia para estar interagindo e decidindo juntamente com o cirurgião-dentista sobre o seu tratamento. Concluímos que se faz necessária a reflexão bioética para o tema proposto, estabelecendo entre as partes, uma relação equilibrada, baseada na confiança mútua, dinâmica e deliberativa.

## UNITERMOS

Bioética, Ética odontológica, Prática clínica

## INTRODUÇÃO

A Bioética, uma reflexão que em sua bagagem lida com questões polêmicas sobre a moralidade e a racionalidade da conduta humana, trata também da interação do profissional com o seu paciente, e vice-versa (Silva<sup>21</sup> 2002).

Ao começar um tratamento odontológico, o paciente e o profissional deixam firmado entre si um contrato, mesmo que tácito, pelo qual ambos se comprometem com o direito de um e o dever do outro, para que seja realizado o tratamento e, através do qual fica estabelecida uma relação de confiança entre eles. Todavia, estão inseridos uma série de aspectos subjetivos que vão além do tratamento em si, e para que essa interação do cirurgião-dentista progrida bem, ela deve iniciar bem. E isso só vai acontecer se o profissional enxergar que, além daquele dente ou daquela boca, que está diante dele, existe um indivíduo único, pensante, cheio de expectativas e receios (Vacaressa<sup>19</sup> 2000; Vomero<sup>24</sup> 2000).

A Odontologia por se tratar de uma profissão solitária, que exige muita técnica e precisão, não deve trazer ao cirurgião-dentista uma visão reducionista, perdendo a singularidade do indivíduo que é o paciente. O profissional além de ter uma visão holística, deve trazer o paciente a uma posição ativa no tratamento, como colaborador na sua própria saúde bucal (Vomero<sup>24</sup> 2000).

## REVISÃO DE LITERATURA

### Evolução da relação profissional-paciente.

Segundo Fortes<sup>6</sup> (1998), antigamente a relação entre profissionais da saúde e os pacientes estava direcionada à concepção do processo saúde-doença. Enquanto, a doença era percebida como fruto da magia, de pecado, fruto das circunstâncias extra-humanas, as práticas de cura não observavam a autonomia do indivíduo. Ficava-se nas mãos das divindades e de mágicos, feiticeiros, benzedeiros, que por meio de práticas e rituais mágicos, rezas, e simpatias, tinham como função o estabelecimento da "ordem natural", que era regida pela beneficência. Porém, as pessoas doentes não manifestavam sua vontade autônoma, eram tratadas apenas como necessitadas de auxílio moral. Os responsáveis pelas práticas de cura de tratamento da doença eram tratados como agentes morais.

Contudo, por muito tempo, se estabeleceu a tradicional doutrina hipocrática dos médicos, que se estendeu aos outros profissionais da saúde, pois a mesma não estimulava a autonomia dos pacientes, privilegiando a ação beneficente por parte dos profissionais, que tratavam em "fazer bem" ao paciente, o cuidar, ainda que contrariamente à vontade do mesmo. Essa situação é denominada de Paternalismo, no qual fica estabelecido uma relação vertical, em que o profissional

\*Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba FOA-UNESP.

\*\*Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba FOA-UNESP.

\*\*\*Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba FOA-UNESP.

sendo detentor do conhecimento técnico, teórico e legal das doenças, será subjetiva qualquer dúvida ou questão que o paciente viesse a ter sobre o seu tratamento. Tendo esse modelo abolido no momento em que o paciente tornou-se ativo através do seu reconhecimento autônomo e da necessidade de sua reciprocidade frente ao tratamento, convertendo a uma relação de caráter horizontal, simétrica e democrática, rompendo a primazia que a beneficência do profissional apresentava (Baú<sup>2</sup> 2000; Chaves<sup>3</sup> 1997; Garrafa<sup>8</sup> 2003; Grez<sup>9</sup> 1999; Junqueira<sup>13</sup> 2002; Manji<sup>14</sup> 1994). Todavia, Garbin et al<sup>7</sup> (2002) relatam que ainda está presente este tipo de privilégio terapêutico nos dias atuais, por parte de alguns cirurgiões-dentistas.

#### O que vem ser a autonomia do paciente ?

A autonomia vem do grego (autos-eu, nomos-lei). Corresponde ao livre arbítrio, que o paciente tenha a vontade de reger seus próprios atos, ou seja, trata-se da capacidade da pessoa governar-se, e do direito moral e legal dos pacientes para adotar suas próprias decisões sem restrição ou coação, por mais benfeitoras que sejam as intenções do cirurgião-dentista, baseado em seu próprio valor e convicção (Hasegowa & Mattheus<sup>11</sup> 1996; Rinchuse et al<sup>20</sup> 1995; Silva<sup>21</sup> 2002). Assim o paciente é valorizado como fim e não como meio no tratamento.

Através dessa mudança radical dada pelo entendimento e reconhecimento da autonomia ao paciente, que se deu através do consentimento livre esclarecido; no qual é fornecido informações qualitativas e quantitativas ao paciente sobre as opções de tratamento, para que o mesmo possa realizar uma escolha consciente e conseqüente (Almeida<sup>1</sup> 1996; Cohen & Marcolino<sup>4</sup> 1995; Marchi & Sztayn<sup>15</sup> 1998; Munõz & Fortes<sup>18</sup> 1998). Concordando de forma sucinta, o Código de Ética Odontológica, em seu Art. 7º, inciso IV, enfatiza sobre a infração ética na questão do relacionamento do cirurgião-dentista com o paciente, que será assim classificada quando o cirurgião-dentista deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento; e concomitante a esse, o inciso XII do mesmo artigo, que também caracteriza como infração ética 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<sup>5</sup> 2003).

Todavia, o consentimento livre esclarecido não veio abolir a parcela de ação do paciente frente ao tratamento, sendo sua a tarefa de assumir a responsabilidade pela sua própria saúde, e destacando ao profissional uma consciência crítica do seu poder sem, contudo abdicar da condição dos procedimentos, que é da responsabilidade

inerentes à sua função (Chaves<sup>3</sup> 1997; Garrafa<sup>8</sup> 2003; Zarzar & Rosenblatt<sup>25</sup> 1999).

#### E a beneficência...

Beneficência - vem do latim "*bonum facere*" - fazer o bem. O próprio Código de Ética Odontológico ressalta no Art.5, inciso V; como dever fundamental do cirurgião-dentista: zelar pela saúde e pela 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 (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA<sup>5</sup> 2003).

Por muito tempo a beneficência foi confundida com o paternalismo, ou seja, é como esconder um fato verídico do paciente ( sua real situação bucal, ou a omissão de uma melhor indicação de tratamento), onde o propósito maior por trás dessa máscara benevolente é a felicidade do profissional (Almeida<sup>1</sup> 1996). Tudo isso ocorria, porque o paciente tornava-se vulnerável, pois é considerado pelo princípio de Hipossuficiência, leigo no assunto, e de não ser capaz de avaliar correta e adequadamente o serviço prestado, pois não possui o conhecimento técnico e científico que o profissional detém (Hissa<sup>12</sup> 2003), além do que, segundo Terra et al<sup>23</sup> (2000), o paciente se sente inseguro frente a esta situação, e também acredita que a solução, ou a indicação que o profissional fizer para o seu caso, será o melhor tratamento. Nessa situação observa-se uma relação vertical, unilateral por parte do profissional.

Mesmo aqui, o consentimento livre esclarecido vem acabar com a velha imagem do paciente que antes permanecia apenas de boca aberta, na qual o cirurgião-dentista trabalhava e depois do término do seu serviço, dispensava-o sem ao menos informar o que ele tinha feito, pois estava agregado ao paciente a idéia de que tudo estava certo, pois o "Doutor" sabia o que era melhor, e só poderia estar querendo o seu melhor.

Por isso, hoje a beneficência vem trazer a clareza ao profissional em fazer o bem na sua prática cotidiana, que justificará sua ação; e reforça que trabalhando de maneira honesta e objetiva, será o elo entre a justiça e a responsabilidade social (Massela & Meister<sup>16</sup> 2000; Melo<sup>17</sup> 2002; Terra et al<sup>23</sup> 2000).

#### COMENTÁRIOS

##### Mas quem deve prevalecer a autonomia ou a beneficência na escolha do tratamento?

Antes de responder essa pergunta, devemos observar cada caso, porque há situações em que autonomia deverá prevalecer sobre a beneficência, porém não eliminá-la, e outras em que a beneficência prevalecerá sobre a autonomia.

Como primeiro exemplo, em um tratamento estético, que por mais que o

profissional mencione que uma cor de resina, ou uma cor faceta ficará melhor para aquele paciente, ou seja, por mais benevolente que profissional tente ser, a decisão por uma cor mais clara ou mais escura que o paciente escolher terá que ser acatada, pois o paciente demonstra estar feliz por sua escolha, e é aquilo que ele quer.

O mesmo ocorre na prova de um prótese total ainda em cera, em que aquele paciente que viveu por muito tempo com aquela prótese antiga, que se encontra com seus dentes todos desgastados, e até às vezes quebrada; não acostuma com a idéia de mudá-la por uma prótese com dentes novos, por achá-los "grandes" (por mais que as dimensões estejam corretas), pois o que ele considera bonito, ou melhor para ele, é um dente menor, e isso o fará mais feliz; mesmo sendo contrárias à percepção do cirurgião-dentista. Essas situações são observadas principalmente em consultório particular, pois o paciente dará o consentimento para que seja realizado o que o seu "eu" deseja, e ter a idéia de que estará pagando por isso. Assim, a autonomia sobrepõe a beneficência, mesmo o profissional tentando oferecer o serviço correto.

Já em situações em que a beneficência sobrepõe a autonomia além dos casos de emergências, ou urgência, na qual o paciente encontra-se em uma incapacidade transitória de decidir. Por isso, nesse caso o cirurgião-dentista agirá de forma rápida para promoverá um maior benefício ao paciente, contra um menor risco ao mesmo (Guimarães & Novaes<sup>10</sup> 1999; Stepke<sup>22</sup> 1998).

Em casos que o paciente é menor de idade, ou pacientes especiais, que não têm discernimento do que é certo ou errado para si, existe a obrigação do profissional apresentar as opções de tratamento para o seu responsável ou a seu representante legal, para discutir e chegar à concordância do que será melhor. Já em casos que os pais ao observarem uma mancha escura no dente de seu filho e por não terem conhecimento, julgam-na como "cárie", e quando o profissional avalia e dá o diagnóstico de se tratar de uma mancha ocasionada por um medicamento, ou até mesmo um processo carioso inativo, e que o mesmo não tem a necessidade de restaurá-lo, e sim de acompanhamento. Nesses casos observa a beneficência por parte do profissional, pois ele entende que através de sua profissão, estará promovendo saúde.

Outra situação é quando o paciente decidido em extrair um dente por ter lhe causado tanta dor, tanto por tratamentos mal sucedidos, como frente a uma dor aguda intensa, o profissional observa que não deve ser extraído, pois o dente é passível de tratamento, ficará na dúvida de acatar o que o paciente lhe pede, ou não, por compreender que a odontologia

oferece muitos recursos para o seu caso. Assim a autonomia e a beneficência ficam equilibradas, e predominará aquela que será resultado do consentimento firmado entre o paciente e o profissional.

## CONCLUSÃO

A Bioética traz para Odontologia, a conscientização da necessidade de um comportamento responsável das partes daqueles que têm de decidir sobre o tratamento, que corresponde ao paciente com autonomia plena, ou ao representante legal daquele sujeito que tem sua autonomia reduzida e ao profissional. E através da bioética, vem demonstrar uma maneira de conduzir, não tendo o objetivo de atingir uma verdade absoluta, e nem necessário que todos pensem as mesmas coisas, mas que saibam se respeitar e tolerar mutuamente.

## SUMMARY

During the choice of the dental treatment we observed the interference of the subjectivity and individual expectations so much of the surgeon-dentist, as the patient. For a long time, that choice have been addressed under the professional's conception on the process health-disease; that this presupposed which better treatment type for your patient, that it accepted as such, determining a vertical and unilateral relationship. Now, that structure is being broken, by the insert of the bioethics reflection in the Dentistry, that brings the understanding that the professional should practice the charity that finishes in the quality of your patient's life, and this the autonomy to be interacting and deciding together with the surgeon-dentist on your treatment. Concluded that it is necessary to the bioethics reflection for the proposed theme, establishing among the parts, a balanced relationship, based

on the mutual trust, dynamics and deliberative.

## UNITERMS

Bioethics, Ethics in dentistry, Clinical practice.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida M. Comentários sobre os princípios fundamentais da Bioética. In: Pessini L, Barchifontaine, C.P. Fundamentos da Bioética (orgs). São Paulo Paulus 1996:56-67.
- Baú M.K. Capacidade Jurídica e consentimento informado. Bioética 2000;8(2):285-96.
- Chaves M. M. Odontologia Social 2ª ed. Rio de Janeiro Editorial Labor do Brasil, 1997; 450p.
- Cohen C, Marcolino JAM. Relação Médico - Paciente. In: Segue M, Cohen C. (orgs) Bioética São Paulo Edusp 1995:51-62.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de Ética Odontológica. Resolução nº 42 de 20 de maio de 2003. 24p.
- Fortes PAC. Ética e Saúde. Questões éticas, deontológicas e legais. Autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU. 1998. 119p.
- Garbin CAS et al. Estudo Bioético das relações humanas no tratamento odontológico. Rev. Fac. Odontol. Lins 2002jan-jun;14(1):54-9.
- Garrafa V. Bioética e Odontologia. In: Kriger L. ABROPREV: Promoção de Saúde Bucal, 3ªed. São Paulo Artes Médicas 2003:495-504.
- Gréz LL. Ética en la atención de urgencia Rev Chil Pediatr 1999jul;70(4):12-15.
- Guimarães MCS, Novaes S C Autonomia Reduzida e Vulnerabilidade, Liberdade de decisão, Diferença e Desigualdade. Bioética 1999;7(1):21-24.
- Hasegowa TK, Matheus M. Principles of dental Ethics and the ethics of managed Care. Journal Am Coll Dent 1996winter;63(4):24-26.
- Hissa R. Código de defesa do consumidor na Odontologia. Rev Jurídica Consulex 2003dez;7(166):40-7.
- Junqueira C R. 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. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2002. 98p. (Tese, Mestrado).
- Manji I. Is Dentistry in trouble With Ethics? J Can. Dent Assoc 1994sep;60(9):771-3.
- Marchi MM, Sztaiyn R. Autonomia e Heteronomia na Relação entre Profissional de Saúde e usuário dos Serviços de Saúde Bioética 1998;6(1):39-45.
- Massela R S, Meister M. The ethics of health care professionals' opinions for hire. J Am Dent Assoc 2001mar;132(3):361-7.
- Melo LMC. A compreensão dos pesquisadores de Odontologia sobre ética em pesquisa com seres humanos. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2002. 141p. (Tese, Mestrado).
- Munõz D R., Fortes PAC. O princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: Costa S F, Oselka G, Garrafa V. (orgs) Iniciação a Bioética Conselho Federal de Medicina. 1998:53-70.
- Vacaressa R.Y. De los derechos del paciente. Rev Méd Chile 2000dez;128(12):34-9.
- Rinchuse DJ. et al. Ethical Checklist for dental Practice. J Am Coll Dent 1995fall;62(3):45-8.
- Silva RG. Consentimento Esclarecido no tratamento Odontológico. In: Vanrell JP. Odontologia Legal & Antropologia Forense. Rio de Janeiro: Guanabara Koognan, 2002: 178-82.
- Stepke FL. Bioética. El dialogo moral em las ciencias de la vida. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1998:61-71.
- Terra MS et al. Responsabilidade profissional, ética e o paciente em ortodontia. Ortodontia 2000set/dez;33(3):74-83.
- Vomero MF. Entendendo a relação paciente/profissional. Rev Assoc Paul Cirur Dent 2000jul/ago;54(4):267-77.
- Zarzar PMPA, Rosenblatt A. A beneficência e atenção odontológica às crianças portadoras da Síndrome de Down na Cidade do Recife. Arq Odontol 1999jan/jun-/jul/dez;1/2(35):39-49.

## AUTOR RESPONSÁVEL

Cléa Adas Saliba Garbin  
Rua José Bonifácio 1193. Caixa Postal 341  
CEP 16015-050 Araçatuba - SP  
Fone (018) 3636-3249  
cgarbin@foa.unesp.br

Recebido para publicação: 19/05/2005.  
Aceito para publicação: 05/10/2005.

# Raio

## Radiologia Odontológica Informatizada

Resp. Dr. Ismar N. Neto  
CRO-GO 4079

### Unidade Bueno

Av. T-5 esq. com  
Av. T-63

Tel.: (62) 3259-6033  
radiologianery@uol.com.br

### Unidade Marista

Av. Portugal esq.  
com Rua 24

Tel.: (62) 3285-4119  
raio-radiologia@uol.com.br