

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Odontologia
Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social

Bioética e Odontologia: um perfil dos problemas éticos vividos por cirurgiões-dentistas.

Natal
2005

Adriana Gomes Amorim

Bioética e Odontologia: um perfil dos problemas éticos vividos por cirurgiões-dentistas.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Odontologia Preventiva e Social da UFRN como requisito para obtenção de Grau de Mestre.

Orientadora: Dra. Elizabethe Cristina Fagundes de Souza.

Natal
2005

BANCA EXAMINADORA**Bioética e Odontologia: um perfil
dos problemas éticos vividos por
cirurgiões-dentistas.**

Dissertação aprovada em 28 de março de 2005.

Profª Drª. Elizabete Cristina Fagundes de Souza. (Orientadora)
Departamento de Odontologia da UFRN

Profª Drª Raimunda Medeiros Germano (Titular)
Departamento de Enfermagem da UFRN

Profª Dr Carlos Botazzo (Titular)
Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP

Para os meus queridos pais Lenaldo e Vera e meu amado irmão Matheus pelo imenso amor, compreensão e força em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Elizabeth Cristina Fagundes de Souza pelo grande apoio e incentivo na orientação desta dissertação. À amiga Betinha por permitir que compartilhasse as alegrias e tristezas que permearam a minha vida durante esta jornada.

Aos cirurgiões-dentistas, sujeitos anônimos nesta pesquisa, pela disponibilidade e confiança com que concederam as entrevistas.

À minha amiga Daniela Veiga, sempre disposta a me ouvir.

A todos os professores do mestrado de Odontologia Preventiva e Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte por contribuírem em minha iniciação no campo da Saúde Bucal Coletiva, e em especial, a Dra. Delane Maria Rego.

A todos os meus colegas do mestrado.

À Ritinha e Carlinhos pelo estímulo constante.

Aos funcionários da biblioteca, em especial Cecília.

Aos professores Dra. Raimunda Germano e Dr. Carlos Botazzo por gentilmente participarem da minha banca.

Sumário:

Resumo

Abstract

Lista de quadros

Introdução	10
Capítulo I – A Bioética	15
1.1.O surgimento da Bioética	16
1.2.Principais correntes da Bioética	21
Capítulo II – A Bioética e a Odontologia	26
2.1. O princípalismo e a prática odontológica	27
2.1.1.Autonomia	27
2.1.2.Beneficência	28
2.1.3.Não-maleficência.....	30
2.1.4.Justiça	32
Capítulo III - Metodologia	34
4.1.A escolha metodológica	35
4.2.Participantes da pesquisa	35
4.3.A realização das entrevistas e os aspectos éticos na pesquisa	38
4.4. A análise.....	39
Capítulo IV - Resultados e discussão	40
4.1 Problemas éticos identificados nas práticas dos colegas.....	43
4.2. Problemas éticos identificados nas relações com os usuários.....	50
4.3. Problemas éticos identificados nas relações de trabalho, nos serviços de saúde	58
Capítulo V – Considerações finais	68

Bibliografia..... 7:

Anexos

Anexo I: Termo de consentimento livre e esclarecido

Anexo II: Roteiro da entrevista

Anexo III: Parecer do comitê de ética

Resumo

A bioética estuda a conduta humana no campo das ciências biológicas e da atenção à saúde. Tem como características principais a busca pela humanização dos serviços de saúde e a promoção dos direitos dos pacientes. Partindo do pressuposto que na Odontologia são escassos os estudos que tratam dessa temática, a presente pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de identificar, a partir da visão dos cirurgiões-dentistas, os problemas éticos vivenciados na prática odontológica, buscando compreender como se produzem e como os profissionais lidam com eles. Trata-se de uma investigação de caráter exploratório descritivo, dentro de uma abordagem qualitativa. O material empírico foi coletado por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com 15 cirurgiões-dentistas que atuam tanto no âmbito privado, quanto no público da prestação de serviços odontológicos no Estado do Rio Grande do Norte. O conteúdo das entrevistas foi sistematizado e organizado, resultando na identificação de temas, a partir dos quais agrupamos os problemas éticos relatados pelos participantes. Os resultados apontam que muitos dos problemas éticos coincidem com infrações às normas e regras do Código de Ética Odontológica, confirmando uma noção de ética deontológica adquirida na formação profissional e, portanto, insuficiente para solucionar os problemas que emergem na prática profissional. As questões de mercado também aparecem com lugar de destaque, referentes aos baixos salários, à concorrência e às condições inadequadas de trabalho. Associado aos problemas éticos que emergem nas relações de mercado, são referidos a falta de compromisso e de responsabilidade profissional com os usuários. As preocupações em preservar a autonomia dos usuários, em garantir o acesso aos serviços de referência especializada, a necessidade de realizar somente procedimentos para os quais estivessem capacitados tecnicamente surgiram nas falas, traduzindo-se em dificuldades na efetivação dos princípios preconizados pela bioética principialista: autonomia, justiça, não-maleficência e beneficência. Concluímos que os problemas éticos identificados na prática profissional precisam ser compreendidos para além da dimensão deontológica em direção aos aspectos da produção do trabalho. Torna-se preciso, então, incorporar nas práticas de saúde, incluindo a odontologia, as tecnologias da gestão do cuidado, o que implica no reconhecimento de diferentes dimensões que envolvem os sujeitos, ou seja, sociais, econômicas, políticas e culturais.

Palavras-chaves: Bioética, Odontologia, Prática profissional.

Abstract

Bioethics studies human behavior in the fields of biological sciences and health care. It strives for humanization in health services along with promoting the rights of patients. In view of the lack of dental research dealing with this topic, the present study was undertaken to identify, from the viewpoint of dental surgeons, ethical problems experienced in dental practice, understand how they occur and how professionals deal with them. It is a descriptive exploratory investigation within a qualitative approach. Empirical material was collected through semi-structured interviews performed with 15 dental surgeons who work both in private and public practice in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. The content of the interviews was systemized and organized, resulting in the identification of topics, from which were grouped the ethical problems reported by the participants. The results indicate that many of the ethical problems coincide with infringements of the norms and rules of the Dental Code of Ethics, confirming a dental ethic acquired during professional formation and therefore, inadequate for solving the problems that emerge in professional practice. Other questions stand out such as low salaries, competition and poor working conditions. Associated to these problems are lack of commitment and professional responsibility with the patients. Concern with maintaining user autonomy, guaranteeing access to specialized services, and the need for performing only procedures for which they are technically qualified arise in the responses, leading to difficulties in consolidating the principles proclaimed by bioethics: autonomy, justice, nonmaleficence and beneficence. We concluded that the ethical problems identified in professional practice need to be understood beyond the dental dimension, towards a human approach. It is therefore necessary to incorporate health care management technologies into health practices, including dentistry, which implies recognizing the different dimensions that surround individuals, that is, social, economic, political and cultural.

Key-words: Bioethics, Dentistry, Professional Practice.

Lista de quadros:

Quadro 01: Dentistas entrevistados segundo gênero, tempo de formado e setor de trabalho. Natal/RN, 2005.....	37
Quadro 02: Problemas éticos identificados nas práticas dos colegas. Natal/RN, 2005.....	44
Quadro 03: Problemas éticos identificados nas relações com os usuários. Natal/RN, 2005.....	44
Quadro 04: Problemas éticos identificados nas relações de trabalho nos serviços de Saúde. Natal/RN, 2005.....	44
Quadro 05: Dilemas éticos vivenciados na prática odontológica. Natal/RN, 2005.....	45
Quadro 06: Comparação entre o código de ética odontológico e alguns problemas éticos relatados. Natal/RN, 2005.....	46

INTRODUÇÃO

“Fazei o bem sem olhar a quem, praticando atos refletidos de beleza”.

Autor desconhecido

Problemas éticos na prática Odontológica ocorrem rotineiramente e podem envolver aspectos referentes ao paciente, à organização dos serviços de saúde, ao relacionamento com os colegas e com a sociedade como um todo. Logo ao iniciar a atividade profissional, deparei-me com esses problemas, levando-me a muitos momentos de reflexões e angústias. Em nossa formação, geralmente não somos preparados para lidarmos com essas questões de caráter ético. Há ênfase em adquirirmos competência técnica, mas falta “algo mais” que nos auxilie nas tomadas de decisão.

No mestrado, ao concluir a disciplina de Tópicos em Saúde Bucal Coletiva, tornou-se claro que minhas dificuldades, e certamente as de outros colegas de profissão, na resolução dos conflitos éticos resultavam, em parte, da excessiva tecnificação do trabalho odontológico distanciada da compreensão mais ampliada do “adoecer” bucal, isto é, nossa formação concentra-se no aprimoramento das técnicas cirúrgico-reabilitadoras e deixa de lado a reflexão a respeito dos aspectos sociais e éticos implicados em nossa prática.

Faz-se necessário compreender, então, que desde o seu nascimento, a Clínica Odontológica tem se realizado e se desenvolvido no exercício “da arte dentária”, cujo esmero e obstinação de recomposição protética dos dentes humanos naturalizaram a perda dentária⁸¹. Dessa forma, a prótese, que deveria ser a evidência de fracasso da odontologia, acabou sendo erigida como totem e marco distintivo da profissão¹⁷, ocultando-se, assim, práticas mutiladoras.

Botazzo¹⁷ ainda nos lembra que nenhuma formação ideológica ou sistema de crenças mantêm-se sem que existam práticas que reafirmem ou retroalimentem essas mesmas crenças. Para Amorim⁵, a ideologia tecnicista é mantida principalmente pelo ensino odontológico que desconsidera, na maioria das vezes, os determinantes históricos e sociais, ou seja, as dimensões éticas, históricas, filosóficas, sociopolíticas e culturais que interferem no campo da saúde como um todo e, em particular, na Odontologia.

Destacamos, ainda, que o conhecimento é fragmentado em disciplinas - as especialidades, em sua maioria, técnicas - que dificultam a percepção da integralidade do ser humano, que sempre será a um só tempo biológico, psicológico, cultural e social.

Sousa⁸² adverte-nos que predomina na Odontologia um modelo dentista-centrado, ou seja, uma clínica baseada na técnica cirúrgica e em procedimentos reparadores do dente - seu principal foco de atenção e de intervenção - e a tendência de ignorar as demais doenças bucais

de relevância epidemiológica reforçando um certo “odontocentrismo”. Neste sentido, trazer para a prática odontológica a dimensão integral, exige reconhecer os limites da clínica atual:

“Uma clínica que toma a boca como órgão fragmentado e destituído de corpo. Uma boca que podemos denominar de des-humanizada por que dela foram desconsiderados seus aspectos civilizacionais e psíquicos. O efeito dessa prática pode ser a naturalização da perda dentária que a Odontologia também ajudou a naturalizar e essa boca des-humanizada também foi destituída de sua dentadura, cujo dente foi colocado fora do corpo” (Souza⁸²).

Diante desse quadro, concordamos com Bastos⁹ ao afirmar que o cirurgião-dentista precisa mudar a sua perspectiva de uma visão de tratar dentes para uma visão de tratar pessoas que são parte dos sistemas sociais. E também destacamos Vomero⁸⁷, para quem o paciente é mais do que um canal, um implante ou uma prótese. Estes elementos estão inseridos num contexto muito maior, isto é, numa boca que pertence a um indivíduo que tem emoções, valores próprios e estão inseridos na sociedade. Precisamos pois, compreender e incorporar na prática odontológica, os problemas de saúde bucal em sua complexidade, isto é, suas inter-relações com o meio ambiente, a política, a cultura, as condições de vida e o acesso aos serviços de saúde.

Para sair desse “odontocentrismo” predominante na prática odontológica é preciso ainda, de acordo com Camargo²², que não apenas o paciente seja visto como pessoa na totalidade do seu ser, liberto de processos alienantes, mas também o profissional de saúde. Então, para alcançar este objetivo é necessário promover reflexões e buscar caminhos capazes de extrapolar aspectos puramente técnicos para que se forme um modo de pensar e de agir ético.

Aliada a incapacidade de enxergar o ser humano de forma integral, outra característica da Odontologia é a ênfase dada ao seu caráter privado. Regida pelas leis de mercado do capitalismo, a prática odontológica tem concentrado a oferta de serviços junto a grupos de média e alta renda, tendo como um dos seus efeitos mais notórios a limitação do alcance social dos avanços tecnológicos, beneficiando apenas os grupos de melhor situação sócio-econômica⁶⁸. Por outro lado, ao longo dos anos, políticas têm realizado a alocação e distribuição de recursos em saúde bucal no setor público de forma insuficiente e ineficiente, restando para a grande maioria da população, assistência odontológica inadequada, com enfoque predominantemente curativo-mutilador. Atualmente, algumas iniciativas foram elaboradas visando alterar esse quadro, como a inserção da equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família e mais recentemente, a criação do Programa Brasil Sorridente. No

entanto, as necessidades acumuladas da população, ao longo desse período, são enormes e, freqüentemente, apesar de todo avanço tecnológico alcançado pela Odontologia, coloca-se para o profissional em seu cotidiano, o conflito ético de não poder oferecer o melhor tratamento para o paciente, vendo-se “obrigado” a realizar extrações dentárias como única alternativa de oferta para o alívio da dor.

A dicotomia existente entre a prática cirúrgico-reabilitadora e a prática social é ainda estimulada pela atual situação do mercado odontológico no Brasil, onde a cada ano são formados 11 mil profissionais num contingente de cerca de 155 mil cirurgiões-dentistas⁶⁹. Diante desses dados, Vasconcellos⁸⁵ identifica uma crise de realização de oferta de serviços odontológicos em que, gradativamente, dar-se a substituição do trabalho autônomo pelo assalariado de forma direta (contratação) e indireta (credenciamento). Para Gjermo e Bellini⁴¹, neste novo modo de organização do trabalho, o pagamento pelos serviços profissionais é reduzido ao mínimo possível, obrigando o cirurgião-dentista a elevar o número de atendimentos em detrimento da qualidade, além do serviço ser avaliado por unidades de procedimentos restauradores, ao invés de melhorias de saúde. O excesso de profissionais concentrados nas grandes cidades também leva a uma concorrência desenfreada e, na briga por pacientes, algumas vezes são desrespeitados os preceitos éticos ao correto exercício profissional tanto em relação aos colegas quanto ao paciente.

Os problemas éticos enfrentados pelos cirurgiões-dentistas são produzidos nas circunstâncias discutidas até aqui, mas certamente envolvem outras situações. Identifiquei na bioética possibilidades de uma contribuição importante para reflexões desses problemas. Neste estudo, parti dos seguintes questionamentos: Quais os problemas éticos que os odontólogos identificam na prática profissional e de que decorrem? Esses problemas constituem dilemas éticos no exercício profissional? Como os odontólogos lidam com tais problemas?

A partir desses questionamentos, esta investigação pretende alcançar os seguintes objetivos:

- Identificar os problemas éticos que emergem na prática profissional dos odontólogos;
- Analisar se esses problemas constituem dilemas éticos no exercício da profissão;
- Analisar como os odontólogos lidam com os problemas éticos no exercício da profissão;

- Analisar os problemas éticos referidos à luz da bioética principialista, articulando com outras tendências teóricas e o contexto da produção do trabalho em saúde bucal.

Há escassez de estudos dessa temática no campo odontológico, o que justifica a realização deste estudo. Esperamos trazer contribuições para a divulgação e inclusão do tema da ética na prática odontológica, ampliando concepções restritas à dimensão deontológica para aspectos de produção de trabalho em saúde bucal e para a relação da odontologia com outras áreas do conhecimento.

A seguir, apresentamos a forma de organização dos capítulos que compõem esta dissertação:

O **capítulo 1** aborda a bioética a partir do seu surgimento e de suas principais correntes teóricas;

O **capítulo 2** trata da relação entre a bioética principialista e a Odontologia;

O **capítulo 3** expõe a trajetória metodológica da pesquisa, ressaltando a abordagem qualitativa e sua importância para o desenvolvimento do estudo;

No **capítulo 4** analisamos os principais problemas éticos vivenciados na prática odontológica pelos profissionais entrevistados e como lidaram com eles. À luz da Bioética, estas questões foram analisadas tendo em vista a pluralidade e coexistência de valores legítimos em conflito. Desta forma, na análise - sem a pretensão de dirimir os conflitos presentes na fala dos profissionais - procuramos delinear o contexto de um eventual ponto de vista ético da Odontologia frente a tais problemas éticos.

Por fim, no **capítulo 5** são apresentadas as nossas considerações finais.

CAPÍTULO I

“A tecnologia trouxe-nos ganhos espantosos. Mas o mundo, tão poderoso na ciência, revela cada vez mais que sua principal doença é a terrível desorientação ética em que vive”.

João César das Neves

1. A Bioética.

1.1. O surgimento da Bioética

A Bioética é um neologismo que significa ética da vida e surgiu numa época de questionamentos quanto aos vínculos (possíveis e/ou necessários) entre ética, ciência e política na resolução de “novos” problemas que surgiam no campo da medicina e da saúde pública, decorrentes das transformações tecnológicas e sociais vivenciadas, sobretudo a partir da segunda metade do século XX⁸⁹. Em conformidade com Barchifontaine e Pessini⁷, a Bioética possui como características principais o fato de ser protetora da vida frente às inovações tecnológicas, tratar o homem como sujeito e não como objeto, ter caráter transdisciplinar e buscar a humanização das ciências da saúde.

Outro aspecto importante da Bioética é que ela não se encontra restrita às Ciências da Saúde. Desde que surgiu, o seu olhar está direcionado para a vida e conseqüentemente, para todas as áreas do conhecimento que, de uma forma ou de outra, tem implicações sobre a vida de todos nós. Por essa razão, nas sociedades constituídas para os estudos da Bioética e nos congressos, não há apenas médicos, dentistas, enfermeiros ou profissionais das áreas de saúde. Encontramos também, juristas, filósofos, sociólogos, psicólogos, teólogos, economistas, entre outros. Alguém poderia se perguntar: O que é que o economista tem a ver com a vida? A resposta seria: tudo; pois se os planos econômicos governamentais, por exemplo, gerarem desemprego ou não, podem garantir a vida ou a morte de tantas pessoas³¹. O termo “Bioética” expressa, portanto, em sua complexidade, muito mais um conjunto de vozes do que uma disciplina específica⁵¹.

Para Vasconcellos⁸⁵, a grande tarefa da Bioética é fornecer meios para se chegar a uma escolha racional frente à disparidade existente entre opiniões morais referentes à vida, saúde e morte, em situações especiais, devendo essa determinação ser dialogada, compartilhada e decidida entre pessoas com valores morais diferentes em sociedades plurais.

Os diversos temas tratados pela Bioética podem ser classificados de acordo com Berlinguer em problemas das situações emergentes e problemas das situações persistentes. Os primeiros ocupam-se dos dilemas originados da contradição verificada entre o progresso biomédico desenfreado nos últimos anos e os limites ou fronteiras da cidadania e dos direitos humanos, como as fecundações assistidas, as doações e transplantes de órgãos e tecidos, a engenharia genética de animais e da própria espécie humana, entre inúmeras outras situações. A Bioética das situações persistentes analisa aqueles temas cotidianos que se referem à vida

das pessoas e que persistem desde muito tempo – o racismo, a discriminação da mulher e do idoso, a eutanásia, o aborto e a exclusão social, dentre outros¹².

O vocábulo Bioética popularizou-se a partir de janeiro de 1971 quando o biólogo e oncologista Rensselaer Potter, da universidade de Wisconsin, madison, EUA, publicou o livro *Bioethics: a bridge to the future* e possuía um sentido macro, com forte conotação ecológica e holística. Disse Potter: “Escolho ‘bio’ para representar o conhecimento biológico dos sistemas viventes e escolho ‘ética’ para representar o conhecimento dos sistemas dos valores humanos”. Sua proposta era a de estabelecer uma “ponte” entre ciências biológicas e valores morais, em vista de fundar uma nova ética baseada no escopo da sobrevivência humana num ambiente saudável.

Ainda em 1971, André Hellegers, da Universidade de Georgetown, usou o termo para aplicá-lo à ética na medicina e nas ciências biológicas, ou seja, que diz respeito especificamente ao ser humano, e é esta última visão a que predomina até hoje⁶⁴. No entanto, a preocupação traduzida pelo termo, isto é, com o impacto das ciências e das tecnologias sobre a humanidade, existia antes de 1971⁴⁹.

Os fatores que concorreram para o surgimento da Bioética podem ser divididos em três tipos distintos, mas inter-relacionados: a) os dilemas e escândalos envolvendo a assistência e as pesquisas biomédicas; b) as transformações ocorridas no processo de trabalho médico e na relação médico-paciente; e c) a ampla mobilização civil em torno da reforma dos costumes e dos valores das sociedades ocidentais, em particular a norte-americana¹.

Após a revelação ao mundo das “experiências” nazistas, foi elaborado o primeiro texto de referência em Bioética de alcance internacional: o Código de Nuremberg, de 1947. Este código instituiu a obrigatoriedade do consentimento informado do indivíduo, submetido às experiências biomédicas, exigência que passaria a ser a base legal de todo o sistema da Bioética. Em 1964, foi elaborada a Declaração de Helsinque (revisada em 1975, 1983, 1996 e 2000) que consiste em recomendações de orientação para médicos que participam de pesquisas biomédicas. Apesar da elaboração destes e de outros documentos e declarações internacionais que procuravam regulamentar a ética em pesquisa com seres humanos, os abusos continuaram a acontecer^{51, 52, 58}.

Entre os diversos abusos cometidos, Molina⁵⁷ cita o estudo de Tuskegee, Alabama, realizado entre 1932-1972, que foi conduzido pelo serviço de saúde pública dos Estados Unidos, no qual 400 pacientes negros sífilíticos deixaram de receber tratamento para que se

pudesse analisar a história natural e a evolução da doença. Infelizmente, esses não foram fatos isolados na história da produção do conhecimento, valendo a pena citar ainda, entre tantos outros nefastos exemplos, a pesquisa com injeção de células cancerosas vivas em pacientes crônicos terminais, realizada no hospital Israelita de Nova York em 1963, com o propósito de aprender sobre a relação do sistema imunológico com o câncer, e o estudo no qual se introduzia o vírus da hepatite em crianças com deficiência mental com o objetivo de desenvolver uma vacina para a hepatite B, ocorrido no hospital estatal Willowbrook, também em NY, entre os anos de 1950 e 70.

Na Odontologia, podemos citar o estudo clássico realizado na Suécia para esclarecer a relação entre a ingestão de açúcar e o incremento de cárie. Este estudo foi realizado com 436 portadores de deficiências mentais, internados no Hospital de Vipeholm, durante um período de cinco anos (1946-1951). Com o conhecimento do governo social-democrata da época e sem consultar as famílias dos pacientes, os pesquisadores adicionaram açúcar na dieta dos internos, provocando um aumento de cárie em graus variados de acordo com o modo como era consumido (refrigerantes, pão, doce, caramelos; durante/após/entre as refeições)⁶⁵.

O New England Journal of Medicine publicou, em 1966, um artigo polêmico do professor Henry K. Beecher sob o título “Ethics and Clinical Research”, no qual o autor constatou que de cerca de 100 trabalhos publicados em um prestigioso jornal científico, cerca de 25% deles continham claras violações éticas, ou seja, eram casos de pesquisas que infringiam os princípios de não-maleficência e de beneficência da deontologia médica tradicional e não informavam aos participantes da relação provável entre riscos previsíveis e benefícios esperados, além de não pedir o seu consentimento^{57, 72}.

Paralelamente aos debates em torno dos abusos na experimentação científica com seres humanos, alguns importantes marcos referentes ao desenvolvimento tecnocientífico e suas repercussões sobre a qualidade de vida e o respeito aos direitos individuais (direito à vida, à saúde, à propriedade, à liberdade de consciência) despertaram o interesse de pessoas leigas às questões médicas. O primeiro decorre da publicação pela revista Life, em 1962, de um artigo intitulado: “Eles decidem quem vive e quem morre”, na qual contava a história de um comitê criado na cidade de Seattle, Washington, para decidir quem tinha direito ao tratamento de Hemodiálise. Este inovador recurso terapêutico foi inventado pelo médico Belding Scribner em 1961, porém a demanda era muito superior a capacidade de atendê-la. Os médicos se viram, então, perante a delicada responsabilidade de decidir quem se salvaria e quem morreria. A solução foi entregar essa tarefa a um grupo de pessoas, muitas das quais

leigas em medicina, que criaram um procedimento para a tomada de decisões no campo médico que transcendia a profissão médica. Constituíram um verdadeiro comitê de ética, cujas deliberações levaram em conta não só a história clínica, mas também a situação de vida dos pacientes ⁴⁹.

Outro fato marcante que provocou uma enorme discussão na sociedade mundial, foi a realização do primeiro transplante de coração por Christian Barnard, em 1967, na África do Sul. Mesmo com a realidade dos transplantes de rim já estabelecida havia 15 anos, o transplante de coração levantou uma série de questionamentos éticos acerca do consentimento do doador e do próprio conceito de morte.

Em 1974 o governo norte-americano constituiu, via Congresso Nacional, uma comissão para a proteção dos seres humanos da pesquisa biomédica e comportamental, com o objetivo de “levar a cabo uma pesquisa e um estudo completo que identificassem os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina”. Quatro anos depois, essa comissão apresentou o que ficou conhecido como o relatório Belmont (Belmont report), propondo que “três princípios éticos mais globais deveriam prover as bases sobre as quais formular, criticar e interpretar algumas regras específicas”. Esses três princípios foram: o respeito pelas pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça¹¹.

Em relação à modificação na relação médico-paciente nos anos 60, citamos Durand³⁰ para quem a contribuição do desenvolvimento tecnobiológico nestas transformações é resultado de três fatores: o novo papel dos hospitais que passaram a se constituir na principal fonte de tratamentos médicos; a predominância da ciência e da tecnologia que modificaram marcadamente os diagnósticos e terapêuticas, e o desenvolvimento da especialização levando os médicos a se concentrarem em uma parte do corpo, esquecendo-se do conjunto.

Devido aos avanços biotecnocientíficos, a medicina passa a ser exercida com base em novas regras extraídas do espírito da racionalidade moderna. Abandona-se a figura do indivíduo doente e encontra-se a doença presente em alguma parte do corpo, ou seja, o verdadeiro médico não era mais aquele que assiste ao paciente, mas sim o que cura a doença. O órgão doente transforma-se no objeto exclusivo da atenção médica e mergulha-se fundo na busca do celular, do molecular, do DNA, enfim, do código da vida.

Dessa forma, a intervenção do médico migra do mundo do paciente para um universo impessoal preenchido por equipamentos que pertencem a uma entidade chamada hospital, que

é dirigida por uma grande empresa ou pelo estado. Os inesgotáveis recursos terapêuticos produzidos por uma ávida indústria farmacêutica associada aos novos equipamentos para diagnóstico fizeram da clínica uma prática superada. A medicina passa a ser exercida cada vez mais por especialistas em áreas cada vez menores⁷⁶.

O contexto formado pelos abusos da ciência e a despersonalização da assistência médica, terreno sobre o qual a desconfiança nas relações médico-paciente cresceu, teve outro componente central para o desenvolvimento da Bioética: os movimentos civis dos anos 60¹.

Os anos 60 foram um período de importantes mudanças culturais e sociais. Com efeito, o questionamento do poder da ciência, em geral, e da medicina, em particular, ocorreu no interior de um amplo movimento de reforma de costumes e valores a atravessar as sociedades, em especial, a norte-americana. Este movimento amplo incluiu os movimentos específicos de reivindicação dos direitos civis por parte dos americanos de origem africana e das minorias étnicas; o movimento contra a guerra do Vietnã; os debates sobre os mísseis cubanos e a questão das armas nucleares; a renovação do movimento feminista que, associado à possibilidade de abortos seguros e aos contraceptivos modernos, levantou questões sobre os direitos reprodutivos das mulheres⁴⁸.

As éticas aplicadas e a Bioética surgem exatamente como resposta às insuficiências das éticas tradicionais, as quais, quando não estavam confundidas com preceitos religiosos e baseadas mais na fé do que na razão, se reduziam a códigos profissionais (como é o caso do “código de ética médica”). Por esta razão não podiam dar conta dos novos desafios trazidos, por exemplo, pela emergência de uma cultura de autonomia individual e pelos avanços das tecnociências da vida, da saúde e do ambiente (Schramm, 2002). A ética se torna, então, mais pragmática, preocupada em oferecer maneiras razoáveis de chegar a acordos parciais entre as distintas concepções em conflito⁸⁹.

É importante também citar nesta discussão que, no final dos anos 60, diante do surgimento de tantos problemas éticos na medicina, na pesquisa e no sistema de saúde em geral, foram criados o primeiro Instituto de Estudos Bioéticos, o Hasting Center, em Nova York, USA, seguido pelo Centro para a Bioética, do Joseph e Rose Kennedy Institute of Ethics, da Universidade de Georgetown, em Washington DC em 1971, que compilaria a primeira enciclopédia de Bioética, em 1978^{48, 49, 57}.

A extensão da Bioética aos outros países foi rápida, encontrando várias formas de expressão e inserção nas instituições de pesquisa e ensino. Atualmente, há mais de 200

centros de pesquisa em Bioética no mundo, e os bioeticistas são frequentemente consultados por comissões governamentais e organizações profissionais. Muitos países possuem suas próprias associações de Bioética e os congressos nacionais ou internacionais sobre o tema se tornaram freqüentes. No caso do Brasil, temos a Sociedade Brasileira de Bioética oficialmente constituída em 18 de fevereiro de 1995⁴⁸. Nos tempos atuais, a bioética pode ser considerada tanto um movimento ou processo social como uma disciplina em busca de reconhecimento acadêmico⁴⁹.

Após estas considerações históricas, partirmos agora para a compreensão dos principais aportes teóricos nos quais se deu o desenvolvimento dos marcos conceituais da bioética.

1.2.Principais Correntes da Bioética:

Atualmente, os diferentes autores de Bioética, como em qualquer área do conhecimento, utilizam modelos explicativos para elaborarem as suas propostas. Um dos modelos mais divulgados é o “principlista”, apresentado por Tom Beachamp e James Childress. Esta obra, cuja primeira edição data do final dos anos 70, reporta-se aos princípios do Belmont Report e transformou-se na principal fundamentação teórica de tendência norte-americana do novo campo da ética biomédica. Beachamp e Childress retrabalharam os três princípios em “quatro”, distinguindo beneficência e não-maleficência¹¹.

Esta abordagem centra a Bioética em quatro princípios *prima facie* cuja aplicação pode levar à solução dos dilemas éticos em saúde: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça³⁰. Os dois primeiros princípios (beneficência e não-maleficência) já estão definidos na tradição hipocrática que regula a relação médico-paciente. Já os outros dois princípios (autonomia e justiça), impõem-se no contexto das sociedades ocidentais contemporâneas, onde existem conflitos, não apenas entre indivíduos, mas também entre indivíduos e a coletividade⁸⁹.

A função dos princípios é servir como ferramentas para nortear o raciocínio quando o profissional se depara com um dilema ético. Segundo Goldim⁴³, a ética não toma a decisão, ela deve auxiliar o responsável pelo processo, balizando e indicando as diferentes alternativas. Para Lolas⁴⁹, a vantagem que tais princípios oferecem é uniformizar as bases a partir das quais se analisam casos concretos, contudo, nunca os casos são tão inequívocos a ponto de se adaptar exatamente ao que supostamente cada princípio cobre. Em conformidade com este pensamento, Sgreccia afirma que o paradigma principlista centrado na aplicação dos princípios à prática corre o risco de esquecer a experiência moral.

Outra crítica feita ao principialismo é que este modelo privilegia, de fato, um único princípio - o da autonomia - relegando em segundo lugar os demais. A prevalência do princípio da autonomia é compreensível, por um lado, tendo em conta o *ethos* norte-americano, profundamente marcado pelo individualismo moderno e a cultura protestante; e por outro, considerando a necessidade formal de se ter uma hierarquia de valores para dirimir os casos em que existe conflito entre princípios⁷².

Para Almeida e Schramm², qualquer tentativa de hierarquização *a priori* entre os quatro princípios não é pertinente, uma vez que, originalmente, os quatro princípios foram propostos para serem aplicados não automaticamente, mas sim de forma a se ajustarem a cada caso em questão. Esta seria justamente a maior contribuição do principialismo em Bioética, ou seja, seu valor metodológico, visto que oferece os princípios *prima facie* em situações de conflito e o privilegiamento de um ou outro princípio dependerá da análise detalhada de cada situação específica.

No contexto latino-americano, a crítica ao individualismo subjacente ao privilégio do princípio de autonomia é feita a partir dos problemas éticos e políticos concretos de grande injustiça social, razão pela qual, se quiséssemos defender um autêntico modelo dos quatro princípios *prima facie*, deveríamos recuperar, sobretudo, o princípio da justiça, porquanto seja o mais “carente” de todos em nossa sociedade. Vinculado ao princípio de justiça seria importante considerar devidamente a dimensão pública dos vários problemas morais relativos ao efetivo bem-estar da coletividade humana⁷².

Aliás, é preciso reiterar que alguns dos atributos mais comumente associados a essa disciplina são produtos de sua gênese numa cultura determinada, a norte-americana, num momento específico de sua formação. Convém manter esta precisão, pois uma extrapolação acrítica para o contexto latino-americano poderia ser inadequada, ou até mesmo nociva⁴⁹.

Em relação à perspectiva européia, também há uma acentuada preocupação pela dimensão social do homem e as questões que lhe dizem respeito, colocando maior ênfase no sentido da justiça, da equidade no benefício da ação, do que nos eventuais direitos que assistem cada indivíduo⁵.

No panorama europeu, o modelo mais abrangente é o personalista. Este modelo parte da pessoa, na sua natureza única, relacional e como qualidade essencial do homem, ou traço da sua humanidade, para enveredar pelo sentido que conduz à pessoa como categoria ética na

mais plena realização de si nas suas três dimensões: a subjetividade, a intersubjetividade e a solidariedade em sociedade⁶².

As críticas ao modelo clássico norte-americano (o princípalismo) levaram ao surgimento de várias perspectivas de abordagens em Bioética: o modelo *das virtudes* de Edmund Pellegrino e David Thomaasma; da *casuística* de Albert Jonsen e Stephen Toulmin; do *cuidado* de Carol Gilligan; da *responsabilidade* de Hans Jonas; o “*liberal autonomista*” de Tristram Engelhardt, entre outros. Contudo, essas correntes nem sempre se constituem concepções opostas, mas perspectivas variadas com diferenças e semelhanças que podem constituir, cada uma delas, uma contribuição para uma reflexão e uma prática Bioética adequada³⁰.

Na *Bioética das virtudes* é dada ênfase às atitudes que presidem eticamente a ação, e ao mesmo tempo tendo como pano de fundo um ethos social pragmatista e utilitarista, propõe-se a boa formação do caráter e da personalidade ética, especialmente dos médicos, como algo fundamental para a Bioética. Acentua também o papel da religião para contribuir neste sentido⁶.

Na abordagem *casuística*, o principal elemento é o estabelecimento de casos paradigmáticos a partir dos quais são feitas analogias e comparações com novos casos que se apresentam. É uma proposta que faz uma analogia com o raciocínio utilizado pelas cortes norte-americanas e inglesas, nos quais as citações de casos pregressos são usadas como fontes de jurisprudência. A grande contribuição deste modelo foi a de permitir, exemplificar, com casos reais, situações anteriormente apresentadas apenas de forma teórica. No entanto, esta abordagem recebe muitas críticas por sua dificuldade de adequar as situações tidas como paradigmáticas às diferentes culturas e/ou períodos históricos⁴⁴.

Outra linha de argumentação Bioética tem por referência o movimento feminista. A abordagem *Bioética feminista*, como ressalta Wolf citado por Almeida¹, não é uma Bioética separada para as mulheres, mas “percebe a opressão baseada em gênero como um sério equívoco e investiga criticamente os arranjos de poder e gênero”. Neste sentido são questionadas, a estrutura do poder masculino e a exploração das mulheres como grupo, por exemplo, nas novas tecnologias de reprodução, na psiquiatria e na medicalização do corpo feminino³⁰.

A proposta feminista, muitas vezes, é erroneamente compreendida como sinônimo da *ética do cuidado*, apresentado por Carol Gilligan. No entanto, o modelo de Gilligan, partindo

do estudo da psicologia evolutiva, é mais de natureza psicológica do que filosófica. Ela contrapõe o valor do cuidado, de expressão mais acentuadamente feminina, ao da justiça, de expressão mais acentuadamente masculina, e o propõe como noção fundamental para o desenvolvimento moral. Segundo esta autora, as mulheres têm uma noção de moralidade diferente da maioria dos homens. Elas percebem mais a responsabilidade para com os outros, a importância das relações e da solidão. O cuidado é mais personalizado e atende aos valores dos indivíduos envolvidos. A intencionalidade deste modelo tem sido realçada como importante para a superação de uma perspectiva exclusivamente técnica da medicina⁶².

No Brasil, a *ética do cuidado* de Leonardo Boff apresenta uma conotação mais ampla. Em sua proposta, tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver - uma planta, um animal, uma criança, um idoso, o planeta. O cuidado é mais fundamental do que a razão e a vontade. Cuidado é gesto amoroso para com a realidade, pois pelo cuidado nos envolvemos com ela e mostramos nosso interesse e até preocupação com ela. A ótica do cuidado funda uma nova ética, compreensível a todos e capaz de inspirar valores e atitudes fundamentais para a fase planetária da humanidade¹⁴.

Hans Jonas afirma que é necessário impor limites e freios a partir de um novo conceito de responsabilidade aos ilimitados poderes que o homem alcançou mediante os conhecimentos científicos. Esta é a base do modelo da ética da responsabilidade. Para Jonas, a ética assume uma tarefa reflexiva em relação à tecnologia, ou seja, um apelo para o uso responsável desse poder onipotente, um alerta aos que detêm o poder científico e político, em relação ao fato de estarmos diante de um planeta frágil e vulnerável. “Só assim nos tornaremos responsáveis de um futuro que deve continuar possível para as gerações presentes e futuras”. Portanto, trata-se agora de refletir sobre ética não por idealismo, mas por uma questão de sobrevivência⁹⁰.

O modelo *liberal autonomista* aposta explicitamente no valor central da autonomia do indivíduo, elevando-o ao extremo. Este modelo “libertário” foi proposto por Tristram Engelhardt. A sua maior obra, *The foundations of Bioethics*, encontra-se largamente divulgada entre os estudiosos da Bioética. Inspirado pela tradição político-filosófica do liberalismo norte-americano na defesa dos direitos e da propriedade dos indivíduos. Esta permite justificar não só as ações decorrentes da expressão da vontade livre do paciente, mas outras ainda mais polêmicas, como as que assumem o corpo como propriedade individual, possibilitando venda de sangue ou de órgãos. Sua noção de pessoa, da qual exclui embriões fetos por não possuírem consciência de si, gera igualmente controvérsia⁶².

Entendemos aqui, diante dos diversos paradigmas bioéticos brevemente descritos, que a grandeza e a profundidade da experiência humana não se restringe a um sistema filosófico, teológico ou de outra natureza e nem pode ser percebida em uma única abordagem. A experiência ética pode ser expressa em diferentes linguagens ou modelos teóricos. No entanto, o princípalismo tem predominado nos estudos que encontramos nas áreas da medicina e enfermagem. Este modelo, ao propor um método baseado em princípios *prima facie*, ao serem ponderados nas variadas situações, parece oferecer ao profissional de saúde, incluindo aí o cirurgião-dentista, uma importante diretriz para a tomada de decisão e para posturas ético-profissionais flexíveis e tolerantes. Ademais, nada impede incorporar à lista dos quatro princípios, outros princípios e valores segundo o nosso contexto sócio-cultural tais como a solidariedade, a responsabilidade, o respeito, a dignidade, dentre outros.

Na Odontologia verificamos escassez de investigações que tratam de aspectos éticos e consideramos importante iniciar nosso estudo, introduzindo o olhar da Bioética princípalista no “fazer odontológico” como recorte inicial para dialogarmos com outras referências teóricas. Esse olhar por meio de lentes da Bioética princípalista não pretende fechar-se em seu próprio enquadre, mas a partir deste foco, ampliar-se para outras visões de Bioética e para dimensões que circundam a produção do trabalho odontológico e os problemas éticos que aí são produzidos.

CAPÍTULO II

“... Nenhum profissional tem o direito de olhar somente para o seu próprio umbigo, esquecendo-se do mundo ao redor, onde grassa a injustiça e a falta de solidariedade aos mais fracos”.

José Eduardo de Siqueira

2. A Bioética e a Odontologia

De acordo com Gjermo e Bellini⁴¹, problemas éticos são muito frequentes na prática odontológica e podem afetar vários aspectos na condução da prática clínica do ponto vista moral, profissional e econômico.

Para Garrafa³⁷, os conflitos podem ser reduzidos a quatro sujeitos essenciais: o paciente, na sua individualidade; a comunidade, no que diz respeito ao coletivo; o cirurgião-dentista visto na sua ação pessoal e também coletiva, que se refere à categoria profissional no qual faz parte; e o Estado. O doente atua, ou pelo menos deveria atuar, numa sociedade democrática, guiado pelos princípios da autonomia e do direito; a comunidade funciona a partir do princípio de justiça; o cirurgião-dentista deve atuar pelos referenciais da beneficência, não-maleficência e da excelência (qualidade); e o Estado pelo dever ou responsabilidade.

Ao considerarmos em sentido macro, a ética em saúde bucal relaciona-se com o conjunto de decisões e medidas sanitárias que proporcionam ampliação da cidadania e superação da exclusão social³⁷. Já em sentido “micro”, o conhecimento e as aplicações práticas dos princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, dentre outros) atentam os profissionais para que sejam sensíveis ao diagnóstico e também à elaboração de planos de tratamentos adequados, opções terapêuticas, custos e, acima de tudo, ao bem-estar e promoção de saúde bucal de seus pacientes⁷¹.

2.1. O princípalismo e a prática odontológica.

2.1.1. Autonomia:

É o direito soberano do paciente, uma vez de posse de todos os elementos relacionados com uma ou mais possibilidades ou propostas terapêuticas, de decidir livremente se as aceita ou não³⁸. Para que exista uma ação autônoma é necessária, portanto, a existência de alternativas de ação. Quando existe apenas uma alternativa, um único caminho a ser seguido, uma única forma de algo ser realizado, não há o exercício da autonomia³³.

No Brasil, as políticas de alocação e distribuição de recursos em saúde têm sido injustas e, conseqüentemente, tornou-se comum que os serviços públicos de assistência à saúde ofereçam extrações dentárias como única opção de tratamento, na maioria dos casos. Dessa forma, como será possível ao usuário deste sistema exercer a sua autonomia se não há escolhas a serem feitas? Também nos convênios e seguros saúde há limitação da livre escolha

dos profissionais pelos pacientes, além de que, algumas vezes, o melhor tratamento para um determinado caso não é coberto pelo plano. Mesmo diante de tal circunstância deveria o profissional informar e orientar o paciente sobre o problema e as formas existentes de solucioná-lo, resguardando a ele o direito de saber o que se passa no próprio corpo.

A informação é a base da fundamentação das decisões autônomas dos indivíduos e devem ser fornecidas de forma clara e acessível, respeitando-se os padrões intelectuais e culturais do paciente, para que este possa consentir ou recusar-se a medidas ou procedimentos de saúde a ele impostos³³. Os pacientes não podem ser vistos como pessoas que não podem decidir autonomamente, e que nós, como profissionais de saúde, devemos decidir por eles. A colocação de limites à autonomia individual, mesmo com o objetivo de beneficiar uma pessoa, gera ações paternalistas. Aliás, a simples busca de auxílio do profissional de saúde não representa consentimento na aplicação de terapêuticas quaisquer. O instrumento de declaração de vontade do doente é o termo de consentimento livre e esclarecido, que é a manifestação do indivíduo que recebeu a informação necessária, que entendeu e que chegou a uma decisão, sem ter sido submetido à coação, influência, indução ou intimidação por parte do profissional de saúde⁵⁰.

Para respeitar a autonomia é preciso ainda reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista e que é ele quem deve deliberar e tomar decisões segundo seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios⁶¹. A autonomia, porém, não é um direito absoluto. Autonomia não é sinônimo de individualismo, pois o homem vive em sociedade. Se a ação de uma pessoa causar danos a outras não terá validade ética. Seus limites devem ser dados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos outros e da coletividade. Além disso, poderá vir a se confrontar com a do profissional de saúde.

Segundo Garrafa³⁷, em algumas situações o cirurgião-dentista tem todo o direito de negar-se a executar certos procedimentos solicitados pelo paciente, ou mesmo de declarar-se em desacordo com este e encerrar, definitivamente, a relação. Pode-se citar como o exemplo o caso de pacientes que exigem a extração de dentes sadios.

2.1.2. Beneficência:

É o princípio por meio do qual o profissional deve ter em mente que todo ato ou ação deve, obrigatoriamente, trazer benefícios ao paciente³⁸. Entretanto, esses benefícios não devem ser pensados apenas como o resultado da realização de técnicas cirúrgicas ou reabilitadoras corretas. Na odontologia, estas estão comumente focadas no elemento dentário,

desde seu tratamento reparador, extração, até sua substituição. Consideramos que o cirurgião-dentista deva ultrapassar o exclusivismo da técnica odontológica, dento-centrada, para ser capaz de atuar em benefício da saúde bucal dos indivíduos, como recomenda Souza, ao propor a superação da “odontotécnica exclusiva” por uma ampliação da clínica em saúde bucal centrada no usuário⁸².

A saúde bucal, como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, é condicionada por uma variedade de fatores não-odontológicos. O estilo de vida, a cultura, o nível de educação, o nível de desenvolvimento sócio-econômico, o acesso aos serviços de saúde e à informação atuam diretamente no processo saúde-doença. Os padrões alimentares e hábitos de higiene pessoal são produzidos nos modos de vida da população.

Dessa forma, é necessário que os cirurgiões-dentistas compreendam a produção sócio-cultural de suas práticas e do processo saúde-doença. Como nos lembra Bastos, Peres e Ramires⁹, os profissionais precisam mudar sua perspectiva de uma visão de tratar dentes para uma visão de tratar pessoas que são parte dos sistemas sociais.

De acordo com Morin⁶⁰:

“Unidades complexas como o ser humano ou a sociedade, são multidimensionais: dessa forma, o ser humano é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional. A sociedade comporta as dimensões históricas, econômicas, sociológicas (...). O conhecimento pertinente deve reconhecer esse caráter multidimensional e nele inserir estes dados: não apenas não se poderia isolar uma parte do todo, mas as partes uma das outras”.

O ensino odontológico em nível de graduação, no Brasil, ainda é caracterizado pela segmentação do conhecimento com a tendência cada vez maior de produzir especialistas. Para Weyne⁸⁸, a divisão da Odontologia em áreas estanques – as especialidades – que praticamente não se intercomunicam, fazem com que o paciente tenha sua boca tratada em parcelas e nunca como um todo, dentro de um outro todo que é o organismo.

Inegavelmente, houve um desenvolvimento técnico e científico acentuado nos últimos anos, mas a clínica praticada é restritiva. Camargo²² lembra-nos que estes avanços são freqüentemente desacompanhados de preocupação humanística e de reflexões éticas.

Uma mudança na formação odontológica pautada em postura ética não será possível ocorrer baseada apenas no estudo e na reflexão do código de ética odontológica (deontologia) como ocorre na maioria dos cursos de Odontologia. Para Camargo²², o comportamento moral

é movido por valores, não pelo conhecimento da norma ou medo à punição. Dessa forma, segundo Amorim⁵, para se criar uma consciência ética, alicerçada nos princípios de justiça, responsabilidade, respeito e solidariedade, entre outros, são precisas reflexões que extrapolem as questões puramente técnicas.

2.1.3. Não-maleficência:

De acordo com o princípio da “não-maleficência”, o profissional deve, além de beneficiar, não causar danos aos pacientes. Este princípio é alvo de algumas controvérsias e muitos autores o incluem no princípio da beneficência, já que ao evitar o dano intencional, o indivíduo já está, na realidade, visando o bem do outro. Ele deriva da máxima da ética médica “primum non nocere”, ou seja, “primeiro não causar danos”. Para Garrafa³⁷, dois aspectos que estão diretamente relacionados a este princípio são a prudência e a omissão. A prudência é uma qualidade que evita acidentes e erros, enquanto que a omissão torna-se moralmente reprovável quando o profissional deixa de realizar uma determinada ação e a partir disto criam-se condições de riscos para o desenvolvimento de situações lesivas.

Tomamos como exemplo as medidas de biossegurança no trabalho. Considerando a ampla divulgação das normas de biossegurança e do conhecimento sobre os riscos de contaminação por vírus como o HIV e HBV, não é aceitável que profissionais de saúde, no decorrer da realização dos seus procedimentos, negligenciem os cuidados de proteção a si mesmo, a sua equipe e principalmente ao seu paciente. No entanto, muitas vezes essas normas de saúde não são respeitadas resultando em situações de risco e imprudência com todos os envolvidos no processo de trabalho.

Outra situação que podemos considerar nesta reflexão diz respeito às dificuldades de diagnóstico do câncer bucal nos serviços de saúde. No que tange às responsabilidades do profissional de saúde bucal, não estaria ocorrendo omissão à medida que lesões pré-cancerosas ou cancerosas são deixadas de serem diagnosticadas precocemente, o que poderia melhorar em muito o prognóstico e a taxa de sobrevivência dos portadores dessas lesões? Sabe-se que as causas do diagnóstico tardio são variadas, mas o rápido exame das estruturas bucais de pacientes considerados de risco na rotina dos sistemas de saúde seria fundamental.

Segundo Beachamp e Childress¹¹, para os profissionais da área da saúde, os padrões legais e morais da devida assistência incluem treinamento adequado, habilidade e diligência. Ao oferecer os seus serviços, um médico aceita as responsabilidades de observar esses padrões; se sua conduta estiver abaixo deles, o médico está agindo de modo negligente.

Consideramos que esta questão também é extensiva aos profissionais de saúde de uma forma geral, em particular, o cirurgião-dentista.

O cirurgião-dentista precisa se manter sempre atualizado em seus conhecimentos e deve se negar a realizar procedimentos para os quais não estejam capacitados tecnicamente, pois como afirmam Gjermo e Bellini⁴¹, é imperativo que as intervenções realizadas pelos dentistas não causem mais problemas do que aqueles que se pretendem resolver.

Outro aspecto importante é o desenvolvimento tecnológico e de materiais associados ao consumo acrítico, que pode vir a se tornar uma questão ética. Antes de testar um novo material no tratamento do paciente ou realizar uma técnica amplamente divulgada nos meios de comunicação, como as da chamada “odontologia estética” ou “cosmética”, procurar saber se tais procedimentos têm comprovação científica⁸³. Algumas vezes, podem surgir problemas advindos do uso dessas técnicas e produtos, com respectivos desdobramentos e/ou repercussões negativas sobre a saúde.

Souza⁸¹ adverte para a relação entre odontologia e consumo na sociedade atual em que padrões estéticos são também mercadorias oferecidas para “conquistar” um mundo aonde é cada vez maior a exigência por corpos perfeitos que resistam às agruras do tempo e às imperfeições da genética:

“A ‘odontotécnica’ amplia parcerias de marketing e consumo, ou seja, oferece imagens de variedade de produtos à escolha dos que podem escolher: laser, clareamento, implantes, porcelanas, resinas de última geração e aparelhos ortodônticos - visíveis e invisíveis - todos agora não só para reparar ‘o dano’ odontotécnico naturalizado, mas também para adequar dentes a uma estética bucal que também se quer homogeneizada”.

(Sousa⁸¹).

Para Garrafa³⁸, nestas atividades, que incluem o poder fetichista e miraculoso como de certas técnicas de implante, em diversas ocasiões, o paciente é iludido por promessas que acabam não se concretizando, o que pode causar danos de ordem emocional (frustração) e também econômica, já que recursos foram desperdiçados sem que houvesse o resultado esperado.

Outra questão relevante diz respeito à concorrência profissional na disputa no mercado por pacientes e postos de trabalho. Com o excedente de mão de obra nas grandes cidades e conseqüente aumento da competitividade, é cada vez mais comum o credenciamento de

cirurgiões-dentistas a planos e seguros de saúde a valores irrisórios e a contratação de profissionais recém-formados em clínicas populares. Agrega-se à baixa remuneração da categoria, a produtividade, e nesta tríade produção-remuneração profissionais passam a atender um número maior de indivíduos, muitas vezes negligenciando preceitos técnico-científicos fundamentais ao exercício de sua profissão. Para Gjermo e Bellini⁴¹, um cirurgião-dentista na condição de “subempregado” pode ainda sentir a tentação de sugerir um tratamento que não é necessário, ou que não seja necessariamente o melhor para o paciente, e até mesmo incluir em seu orçamento procedimentos que não foram realizados como uma forma de aumentar a renda mensal. Consideramos que à tríade produção-remuneração, associa-se o lucro do patrão (donos de clínicas, empresas, planos de saúde). A tríade produção-remuneração-lucro pode ser propulsora da infração ética ao princípio da não-maleficência.

2.1.4. Justiça:

O princípio da justiça refere-se ao compromisso ético público frente a temas como universalidade, equidade, prioridade no investimento em saúde, distribuição e alocação em recursos, aplicação de verbas e outros³⁸.

Beauchamp e Childress¹¹ entendem este princípio como sendo a expressão da justiça distributiva, ou seja, a distribuição justa, eqüitativa e apropriada na sociedade de acordo com normas que estruturam os termos de cooperação social.

Em conformidade com esse pensamento, Figueiredo³² afirma que os avanços técnico-científicos devem beneficiar a sociedade como um todo e não somente a determinados grupos privilegiados.

Entretanto, embora a odontologia tenha conseguido avanços muito significativos tanto no diagnóstico e tratamento das patologias orais, quanto no campo da prevenção, a prática odontológica tem concentrado a oferta de serviços junto aos grupos de melhor situação sócio-econômica, tendo como um dos seus efeitos mais notórios a limitação do alcance das inovações tecnológicas na sociedade⁶⁸.

Isto acontece por que a prestação do atendimento odontológico e a atenção à saúde bucal são realizadas, na sua maioria, por cirurgiões-dentistas inseridos no livre mercado, isto é, regulados pela lei da oferta e da procura através da livre competição de qualidade e preços⁴¹. Esta forma de organização da assistência odontológica, portanto, não responde à

resolução em níveis significativos dos problemas de saúde bucal da população, pois é de alto custo, baixo rendimento e cobertura, e apresenta enfoque curativo³⁴.

Siqueira⁷⁶ afirma que os cuidados com a saúde não podem figurar como simples variáveis das leis de mercado. Na constituição de 1988, artigo 196, foi estabelecido que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, este último sendo possível a partir da organização e funcionamento do SUS.

Sabemos que a implementação do SUS com a efetivação de seus princípios ocupa a disputa na arena neoliberal, na qual o mercado busca atrair para si a saúde enquanto mercadoria e os movimentos sociais, em especial, os grupos que defendem a Reforma Sanitária, buscam fazer valer a lei que garante saúde como direito de cidadania.

No entanto, ainda se observa a ineficiência dos serviços proporcionados pelo Estado no sentido de priorização da saúde bucal, restando à maioria da população que procura o setor público de assistência à saúde, as mutilações decorrentes das exodontias que são, em muitos casos, a única opção terapêutica disponível.

Garrafa³⁷, analisando o desenvolvimento histórico da Odontologia considera que esta é tecnicamente elogiável (pelo nível de qualidade e sofisticação inegavelmente alcançadas nas diversas especialidades), cientificamente discutível (uma vez que não tem demonstrado competência para expandir esta qualidade para a maioria da população) e socialmente caótica (pela inexistência de impacto social frente às iniciativas e programas públicos e coletivos implementados). Tais constatações nos levam a preocupação de que a universalização do acesso aos serviços de saúde bucal exige também mudanças no conteúdo de suas práticas

Para Vasconcellos⁸², é necessário instituir uma Odontologia mais social e menos elitista, baseada numa real responsabilidade ética e de cidadania, formando profissionais voltados para o bem-estar social, ao entendimento do ser humano, suas necessidades e expectativas, inserindo o papel do cirurgião-dentista como promotor de saúde da população.

CAPÍTULO III

“Ninguém ignora tudo, ninguém sabe tudo. Por isso, aprendemos sempre”.

Paulo Freire

3. Metodologia

3.1. A escolha metodológica.

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório descritivo, dentro de uma abordagem qualitativa, com a finalidade de compreender aspectos da visão de cirurgiões-dentistas, que atuam no Estado do Rio Grande do Norte, a respeito de questões éticas envolvidas na sua prática profissional.

Diferentemente da pesquisa de caráter quantitativo, a abordagem qualitativa busca uma compreensão daquilo que estuda, não se preocupando com generalizações populacionais, princípios e leis. O foco de sua atenção é centralizado no peculiar, almejando sempre a compreensão do fenômeno estudado, geralmente ligado a atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos da população estudada⁵³.

A finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre um fato¹⁰. Neste estudo, o nosso interesse foi compreender a variedade de pontos de vista no tema em análise - as questões éticas que perpassam o trabalho odontológico e, especificamente, o que fundamenta e justifica os diferentes pontos de vista implicados no fenômeno.

Para Bauer e Gaskell¹⁰, os estudos qualitativos requerem um processo de amostragem diferenciado das pesquisas quantitativas tradicionais por dois motivos principais: primeiro, há um número limitado de interpelações, ou versões, da realidade. Segundo, há o limite do tamanho do *corpus* a ser analisado. Para os autores, embora as experiências possam parecer únicas ao indivíduo, as representações de tais experiências não surgem de mentes individuais; em alguma medida, elas são o resultado de processos sociais.

3.2. Os participantes da pesquisa.

Triviños⁸⁴ afirma que não é preocupação da pesquisa qualitativa a quantificação da amostragem, ao invés disso, pode-se decidir intencionalmente a amostra considerando uma série de condições, tais como: sujeitos que sejam essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, para o esclarecimento do assunto em foco; facilidade para se encontrar com as pessoas; tempo dos indivíduos para as entrevistas, entre outros. É essa perspectiva que adotamos como procedimento de pesquisa na escolha dos sujeitos entrevistados.

Foram entrevistados 15 cirurgiões-dentistas que atuam no Estado do Rio Grande do Norte. Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos intencionalmente e por adesão: dentistas que trabalham em consultórios particulares, em posto de saúde e como empregados em clínicas populares ou naquelas mantidas por planos odontológicos, tanto na capital quanto no interior do estado. Visamos, portanto, identificar os problemas éticos em todas as dimensões do trabalho odontológico. Por acreditarmos que os problemas éticos podem surgir logo no início do exercício profissional, escolhemos desde recém-formados até profissionais com 30 anos de experiência. A origem institucional de formação desses profissionais não foi considerada. O número de participantes foi definido no decorrer da realização da pesquisa, levando-se em conta o alcance dos objetivos propostos pela saturação identificada no conteúdo das entrevistas.

Foram excluídos do estudo os cirurgiões-dentistas que não estivessem exercendo atividade clínica, no último ano, como os desempregados ou os que atuam em atividades exclusivamente administrativas ou de ensino.

O perfil dos entrevistados pode ser visualizado no quadro 01.

Quadro 01 – Dentistas entrevistados segundo gênero, tempo de formado e setor de trabalho.

Profissional	Gênero	Tempo de formado	Setor de trabalho
Jasmim	Feminino	02 meses	Privado - plano de saúde
Orquídea	Masculino	06 meses	Privado – consultório / Público prefeitura do interior
Rosa	Feminino	07 meses	Privado – clinica popular.
Cravo	Feminino	01 ano e seis meses	Público - PSF
Tulipa	Feminino	01 ano e sete meses	Público – prefeitura de interior.
Gardênia	Feminino	2 anos e 2 meses	Público – PSF
Lírio	Feminino	5 anos	Privado – consultório particular
Camélia	Masculino	7 anos	Privado – consultório / público – Instituição militar
Myosotis	Masculino	8 anos	Privado – consultório / público - prefeitura
Azaléia	Feminino	10 anos	Privado - plano de saúde.
Margarida	Feminino	10 anos e 06 meses	Privado – consultório particular / público - prefeitura do interior.
Violeta	Masculino	10 anos e 08 meses	Privado – consultório particular
Girassol	Feminino	11 anos	Privado – consultório particular / público - interior.
Copo-de-leite	Feminino	28 anos	Público – prefeitura /Privado - consultório particular
Magnólia	Feminino	30 anos	Privado- consultório / público – prefeitura da capital

3.3. A realização das entrevistas e os aspectos éticos da pesquisa.

As entrevistas foram individuais, permitindo, desta forma, a exploração em detalhe da cosmovisão do entrevistado.

Após explicar o propósito e a importância do estudo, os encontros foram marcados com cada cirurgião-dentista de acordo com a disponibilidade e local de sua preferência, assegurando-lhes a confidencialidade na coleta das informações e o anonimato na apresentação dos resultados. Os nomes dos entrevistados foram substituídos por nomes de flores.

Utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturado (anexo II). De acordo com Cervo e Bervian²⁵, a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. Segundo Triviños⁸⁴, essa técnica favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também a sua explicação e a compreensão de sua totalidade, tanto dentro de uma situação específica como de situações de dimensões maiores. Ela parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado.

O roteiro de entrevista foi flexível, ou seja, permitiu acomodar qualquer aspecto novo que pudesse emergir ou ser trazido pelo entrevistado. Inicialmente, foram realizadas três entrevistas-piloto objetivando adequar o roteiro aos objetivos da investigação e todas foram incluídas na pesquisa. Estas entrevistas iniciais foram realizadas com os recém-formados.

A maioria das entrevistas foi gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra. Dois participantes (Cravo e Tulipa) negaram o uso do gravador e as questões mais relevantes levantadas no decorrer das entrevistas foram anotadas. As informações trocadas ao final dos encontros e as impressões iniciais da pesquisadora também foram anotadas logo após o término de cada entrevista. Segundo Bauer e Gaskell¹⁰, no final da entrevista, quando o gravador estiver desligado, muitas vezes acontecem discussões interessantes na forma de comentários informais, fato também vivenciado durante esta pesquisa.

Nesta investigação, foram garantidos também o esclarecimento, a livre participação e o direito do participante de se retirar da pesquisa em qualquer momento, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I) elaborado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁸ e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFRN.

3.4. A análise.

Na análise, trabalhamos diretamente com o conteúdo das entrevistas e anotações. O objetivo dessa etapa foi procurar sentidos e compreensão. O que é realmente falado constitui os dados, mas a análise deve ir além da aceitação deste valor aparente¹⁰. Corroborando com as sugestões desses autores, buscamos ultrapassar a mera descrição, acrescentando algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado. De acordo com Martins⁵³, interpretar é atribuir significado para o que foi encontrado, oferecer explicações, desenhar conclusões, extrapolar lições, fazer inferências, construir ligações, lidar com explicações rivais, desconfirmar casos. Neste sentido, a análise e a interpretação exigem tempo e esforço do pesquisador.

Segundo Willms e Johnson citado por Martins⁵³, para analisar e interpretar dados qualitativos não há fórmulas; não há meios de replicar perfeitamente o processo analítico de pensamento do pesquisador; não há regras, senão utilizar a capacidade intelectual da melhor forma, para representar fielmente os dados e comunicar o que eles revelam, segundo o propósito do estudo. Isso não significa que não haja sugestões para nortear a análise dos dados, mas que as sugestões não são regras, isto é, requerem julgamento e criatividade.

Nesta pesquisa, buscamos a triangulação da análise dos dados a partir do conteúdo das entrevistas, das anotações da pesquisadora e do referencial teórico estudado. Embora a entrevista semi-estruturada seja em si mesma uma tentativa de colocar em termos concretos a idéia de triangulação interna ao método, através da combinação de diferentes enfoques (do tipo narrativo e argumentativo) com respeito ao tema em estudo, a fim de aumentar a qualidade dos dados, das interpretações e dos resultados; na análise, pretendemos também realizar a triangulação teórica a partir da utilização de diferentes teorias/ perspectivas da Bioética e do contexto de trabalho em saúde bucal. Segundo Triviños⁸⁴, a triangulação tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Parte de princípios que sustentam que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados e sem vinculações estreitas e essenciais com a macro-realidade social.

CAPÍTULO IV

“Os conhecimentos científicos são cumulativos; a construção dos valores éticos, não. A ética não é um tempero a ser adicionado à torta da tecnociência para conferir-lhe melhor sabor, mas, ao contrário, constitui ingrediente indispensável para tornar o alimento palatável para toda a sociedade”.

José Eduardo de Siqueira

4. Problemas Éticos vivenciados nas práticas dos Cirurgiões-Dentistas

Neste capítulo, buscamos a interpretação dos principais problemas e/ou dilemas éticos enunciados pelos profissionais, das posições que assumem frente às situações relatadas e a que atribuem o surgimento de tais conflitos.

Os termos *problema* e *dilema* são aqui concebidos com base nas definições apresentadas pelos autores Sugarman citado por Zoboli⁹¹ e Durand³⁰. Na visão de Sugarman, por problema ético compreende-se os aspectos, as questões ou as implicações éticas de ocorrências comuns na prática de atenção à saúde, não configurando, necessariamente, um dilema. Já para Durand, os dilemas éticos são situações complexas em que se apresentam conflitos de princípios, conflitos de valores e em que, mesmo após a reflexão, nenhum princípio ou valor se impõe.

A partir da leitura sistemática do conteúdo das entrevistas, buscamos identificar os problemas éticos contidos nos relatos dos cirurgiões-dentistas. Os problemas identificados no material examinados foram agrupados segundo três dimensões de situações vivenciadas na prática odontológica:

- Problemas éticos identificados na prática dos colegas.
- Problemas éticos identificados nas relações com os usuários.
- Problemas éticos vivenciados nas relações de trabalho, nos serviços de saúde.

Nos quadros 02, 03 e 04, apresentamos os problemas referidos nas respectivas dimensões.

Quadro 02: Problemas éticos identificados na prática dos colegas.

- Aliciamento de pacientes.
- Capacitação técnica-científica inadequada ao exercício da atividade.
- Realização de tratamentos desnecessários.
- Comentários desfavoráveis sobre o trabalho realizado por outros colegas.
- Negligência no cuidado com o paciente.
- Omissão de informações técnicas necessárias à decisão.
- Falta de visão integral do usuário.

Quadro 03: Problemas éticos identificados nas relações com os usuários.

- Desacordo com as escolhas de tratamento dos usuários.
- Identificar e manter-se em silêncio diante de iatrogenias realizadas pelos colegas.

Quadro 04: Problemas éticos identificados nas relações de trabalho, nos serviços de saúde.

- Submissão a condições inadequadas de trabalho.
- Não poder encaminhar o usuário a serviço de referência especializado.
- Número elevado de pacientes associado ao tempo reduzido de atendimento
- Desvalorização das ações preventivas e educativas
- Concorrência profissional pelo mercado de trabalho.

Dentre os problemas listados nas três dimensões, procuramos identificar quais se constituíam em dilemas éticos na prática odontológica. O resultado é apresentado no quadro 05, a seguir:

Quadro 05: Dilemas éticos vivenciados na prática odontológica

- Identificar e manter-se em silêncio diante de iatrogenias realizadas pelos colegas.
- Desacordo com as escolhas de tratamento dos usuários.
- Submissão a condições inadequadas de trabalho.
- Não poder encaminhar o usuário a um serviço de referência especializado.
- Concorrência profissional pelo mercado de trabalho (Sentir medo de perder o emprego devido às condições do mercado de trabalho).

Nesta pesquisa, os problemas e dilemas éticos que permeiam o trabalho odontológico são abordados em conjunto, pois ambos emergem de um mesmo contexto sócio-econômico e cultural. Apesar da categorização realizada, os problemas éticos entre si não são indissociáveis uns dos outros e, no decorrer do texto, também se entrelaçam e se superpõem na discussão que propomos fazer.

4.1. Problemas éticos identificados nas práticas dos colegas.

Evidenciamos que o significado atribuído aos conflitos éticos pelos dentistas entrevistados refere-se, em sua maioria, às situações nas quais há divergência de pensamentos e atitudes dos sujeitos em relação aos colegas de profissão.

Após a análise das narrativas, percebemos de imediato que as situações descritas coincidem com o desrespeito às normas contidas no Código de Ética Odontológica, caracterizando o predomínio da noção de ética vinculada a uma concepção deontológica.

Para ilustrar melhor esta questão, selecionamos alguns trechos de relatos e associamos a outros trechos do Código de ética Odontológica, apresentados no quadro 06.

Quadro 06: Comparação entre o código de ética odontológico e alguns problemas éticos relatados.

Conteúdo do código de ética	Relatos de alguns entrevistados
Capítulo III, art. 5, inciso III: Constituem deveres fundamentais dos profissionais manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais, necessários ao pleno desempenho do exercício profissional.	<i>“Quando eu cheguei lá vi que tinha um kit de resina foto completo. Aí, eu disse: que legal! Você tem resina fotopolimerizável. Aí, ele: ‘não minha filha, isso não é resina, não. É material para obturar canal’. Ele nem sabia que aquilo era resina!”.</i> Gardênia
Capítulo V, seção I, art. 7, inciso III: Constitui infração ética exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica.	<i>“Já vi profissional dizer: se a pessoa vem para mim com o primeiro molar e no segundo molar a restauração é profunda, eu digo logo para fazer o canal. Vamos fazer os dois por que mais cedo ou mais tarde vai precisar”.</i> Lírio
Capítulo V, seção II, art. 9, inciso I: Constitui infração ética desviar paciente de colega.	<i>“O profissional quer roubar o paciente do outro. A filosofia predominante é: melhor perder o amigo do que o paciente”.</i> Tulipa
Capítulo V, seção II, art. 9, inciso II: Constitui infração ética assumir emprego ou função sucedendo o profissional demitido ou afastado em represália por atitude de defesa de movimento legítimo da categoria ou de aplicação desse código.	<i>“Se a gente fosse uma classe unida, por mais que eu saísse, eu não aceitasse a situação, não era pra jamais aparecer outro dentista lá para aceitar essa situação e a gente sabe que aparece”.</i> Rosa
Capítulo V, seção II, art. 9, inciso VI: Constitui infração ética criticar erro técnico-científico de colega ausente, salvo por meio de representação ao Conselho Regional.	<i>“Outra falta de ética que eu já presenciei no consultório de um colega foi o paciente chegar e o colega dizer logo que o tratamento que ele estava fazendo era totalmente errado”.</i> Camélia
Capítulo VIII, art. 15: O especialista, atendendo a paciente encaminhado por cirurgião-dentista, atuará somente na área de sua especialidade.	<i>“Eu enviei um paciente para um ortodontista... Ele bateu um raio X e inventou um monte de restaurações. Se o paciente estava sendo enviado para fazer tratamento ortodôntico era para ter voltado para fazer as restaurações comigo, não é? Ele tava querendo já absorver o paciente para restauração”.</i> Copo-de-leite
Capítulo VIII, art. 16: É vedado intitular-se especialista sem inscrição da especialidade no conselho regional.	<i>“Quantos dizem que faz endo e que não são especialistas em endo e faz endo em molar?”.</i> Lírio

A noção deontológica predominante nas falas dos entrevistados justifica-se à medida que o ensino da ética nos cursos da área de saúde e, particularmente, na odontologia, é pautado nessa abordagem, isto é, na transmissão dos direitos e deveres profissionais reunidos sob a forma de regras em Códigos de Ética³⁰. No entanto, a perspectiva dos deveres deontológicos fornecida por esses códigos é limitada diante dos problemas e/ou dilemas éticos vivenciados no cotidiano profissional, já que *“por sua generalidade abstrata e estatística, impede pensar a singularidade das situações”* (Badiou citado por Ribeiro⁷⁰). A propósito, vejamos o que afirma alguns dos entrevistados:

“A gente nem saí da faculdade sabendo o que é ético, não é? Quantas vezes a gente fala mal do colega dentro da própria faculdade? A gente não tem esse conceito. Não vê esse conceito na faculdade”.

Gardênia

“Quando a gente entra no mercado vê outra realidade e isso não é passado na faculdade. Então, eu cheguei lá e vi todo aquele caos onde estou trabalhando, mas e aí? O que vou fazer? Eu vou fazer de acordo com a minha consciência, não com o que me orientaram na faculdade por que não me orientaram nada”.

Rosa

“Acredito que a faculdade deixou a desejar esse lado de formação do profissional. De formar o profissional para ele chegar ao mercado e saber se impor. A faculdade forma como? Você sai fazendo uma restauração, você sai fazendo extração, você sai fazendo até canal, mas a formação social do indivíduo deixa muito a desejar”.

Azaléia

A conseqüência da formação alicerçada em normas deontológicas, em normas do comportamento, é a carência no que diz respeito a uma fundamentação crítica e reflexiva, portanto ética dos profissionais. O saber profissional é dirigida a uma objetividade tecnicista e com ênfase no aparato tecnológico, que em grande medida desconsidera as subjetividades dos termos intervenientes sobre seus cuidados⁵⁹.

Acreditamos ser esta uma razão forte para justificar o fato dos problemas éticos relatados pelos entrevistados se referirem principalmente aos atos realizados pelos colegas, e

não às suas próprias práticas. Não refletimos sobre nossas ações e, portanto, não somos capazes de detectar os conflitos que surgem no nosso cotidiano profissional. Como afirma Ribeiro⁷⁰.

“Precisamos reconhecer que o envolvimento da vida profissional no cotidiano reserva poucas oportunidades para uma experiência de confrontos éticos profundos, já que estes constituem um momento excepcional da consciência, marcado pelo discernimento entre valores e pela manifestação de imperativos que constituem o senso comum”.

Podemos afirmar que as práticas odontológicas emergem defasadas em relação às necessidades sociais. Em conformidade com Botazzo¹⁵, o objeto explícito do trabalho odontológico é a boca e ao fazer dela uma abstração, *“a desvincula do ser social que passa a ser tomado enquanto expressão do seu objeto e ‘compreendido’ apenas a partir dele. O ser em sua concreitude, enquanto realidade social, com seus nexos sociais é ignorado pela clínica odontológica”.*

O conceito de ética no cotidiano do ensino odontológico precisa ser ampliado de uma ética profissional, apresentada em códigos que expressam obrigações e direitos, para uma ética do gênero humano, visando a aprender um saber-ser e não somente um saber-fazer. Isto significa que a educação precisa assumir a concepção complexa do humano, comportando a tríade indivíduo/sociedade/espécie. Estes elementos não devem ser apreendidos como dissociados, uma vez que *“qualquer concepção do gênero humano significa desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer à espécie humana. No seio desta tríade complexa emerge a consciência⁶⁰”.*

De fato, a ética que conduz a ação do indivíduo na vida profissional não deveria se distinguir daquela que o orienta na totalidade de sua experiência em sociedade, isto é, nos variados papéis que desempenha na vida social. Trata-se aqui, da necessidade de não transformar a ética do profissional numa ética de corporação, distante dos valores da sociedade em geral⁷⁰.

No entanto, a formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos

tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas²³.

A formação odontológica é, em parte, responsável pela manutenção de uma prática centrada na assistência individual, realizada com exclusividade por um sujeito individual, o cirurgião-dentista, no restrito ambiente clínico. Esta concepção tem forte influência no desenvolvimento da ciência e da tecnologia odontológica³⁴.

As técnicas e tecnologias odontológicas são os saberes e as práticas que tomaram como seu objeto os dentes, e eventualmente a boca⁶³. Para Botazzo¹⁶, *foi sob a égide do primeiro conjunto que irrompeu a profissão*, promovendo o desenvolvimento de materiais e técnicas cirúrgicas e restauradoras a partir de um saber organizado no interior das disciplinas odontológicas: cirurgia, dentística, periodontia, endodontia, ortodontia. Ainda segundo Botazzo¹⁶, *“os dentes vincam de tal modo o espaço de um saber, e a tal ponto, que continuam como referentes até mesmo quando estão ausentes por completo do seu cenário de emergência”*, aqui se referindo à prótese. Dessa forma, a *odontotécnica exclusiva* ajuda a encobrir a boca em seus múltiplos sentidos, reforçando a sua desvinculação corporal, e desvinculando-se também do bucal à medida que se detém apenas aos dentes dos homens⁸¹.

Contudo, o termo tecnologia não engloba apenas o conjunto de máquinas, equipamentos e instrumentos odontológicos. Há outras formas de tecnologia representadas pelo saber científico (e sua aplicação/utilização pelos profissionais), pela organização da prestação dos serviços e pelas formas de aproximação com os usuários. Merhy⁵⁶ discute o trabalho em saúde e as tecnologias utilizadas classificando-as em *duras* (ferramentas e equipamentos), *leve-duras* (saberes estruturados) e *leves* (saberes adquiridos no processo de trabalho ‘em ato’).

A tecnologia *leve*, entendida como o processo de relações entre o trabalhador de saúde e o usuário, pode expressar-se na gestão do cuidado e traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. A humanização, vista como prática inerente ao trabalho em saúde, implica na responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições¹⁹.

A abordagem humanista centrada no cuidado caracteriza-se como uma tecnologia complexa em saúde. Complexidade essa que não se define pelo custo do equipamento utilizado na prestação do cuidado, mas pelo reconhecimento de diferentes dimensões que

envolvem os sujeitos: sociais, econômicas, políticas e culturais. Ela requer a utilização de recursos como a voz, o olhar, o toque, o acolhimento, o ouvir atentamente o usuário em suas queixas, dores ou emoções. Humanizar significa ser acolhedor, justo, ético e respeitoso. Esses são atributos os quais, nos moldes em que a formação profissional é hoje conduzida, dificilmente são estimulados e valorizados⁵⁴.

O mercado, por outro lado, tem influenciado de maneira significativa a ênfase aos programas baseados em tecnologia *dura*, ou seja, em modelos de prática centrados em um aparato tecnológico de densidade e custos elevados, e de difícil acesso para o usuário. Este modelo requer profissionais cada vez mais especializados e pouco qualificados para perceber e atuar em dimensões mais amplas do processo saúde-doença, ou seja, com baixa capacidade técnica para desenvolver tecnologias *leves e leves-duras*⁶⁸.

O cuidado com o ser humano é negligenciado ao invés de ser o centro das ações. A escola, além de educar para a inteligência e a razão, deveria também educar para a cidadania e a emoção. Da mesma forma que o aluno precisa ser preparado para realizar as técnicas, também deve ser preparado para lidar com pessoas, levando em consideração sentimentos, o ser completo de um indivíduo⁶⁷.

Em consonância com esse pensamento, Boff¹⁴ afirma que precisamos “*saber combinar inteligência instrumental-analítica, donde nos vem o rigor científico, com inteligência emocional-cordial, donde derivam as imagens e os mitos*”.

No senso comum, a cárie dentária é um fenômeno que se manifesta logo cedo e aumenta com a idade, assim, sendo fortes as possibilidades de atingir a idade adulta parcial ou totalmente desdentado, acarretando na necessidade do uso de uma prótese bucal. Alia-se ainda o fato da Odontologia tecnicamente competente ser considerada cara e não está a alcance de todos, enquanto a que está disponível, oferecida a partir dos serviços públicos de saúde, é considerada de baixa qualidade. Dessa forma, predomina em nossa cultura a crença de que a perda de dentes e sua conseqüente substituição por uma prótese constituem-se em fenômeno natural na vida de qualquer pessoa¹⁵.

Como afirma Souza (2003):

“A clínica Odontológica tem se realizado e se desenvolvido no exercício da “arte dentária” cujo esmero e obstinação de recomposição protética dos dentes humanos naturalizaram a perda dentária e a substituição artificial da dentadura tornou-se o caminho trivial de quem subsiste ao ciclo vital, tão banal como a coloração

dos cabelos brancos que chegam em alguns com a velhice e em outros pode se dar em qualquer fase da vida adulta”.

A pós-graduação em saúde bucal mantém esse quadro. Dá-se ênfase a especializações que confirmam e aprofundam o modelo mercantilista e elitista da Odontologia no país, ratificando um tipo de prática há muito ultrapassada e cada vez mais alienada da realidade nacional²⁰. Diante desse quadro, Siqueira⁷⁹ acrescenta ainda que:

“As especializações do século XX, ao fragmentarem os contextos, as globalidades e as complexidades, dispersaram os enormes progressos do conhecimento e enfraqueceram a responsabilidade. Cada um é responsável apenas por sua tarefa especializada, o que compromete a solidariedade, o vínculo com os concidadãos”.

Neste contexto, as discussões interdisciplinares promovidas pela Bioética podem servir como base de mudança no processo de ensino-aprendizagem da ética nas faculdades de ciências de saúde. O seu enfoque deve contemplar principalmente os princípios da autonomia dos diversos atores sociais, a pluralidade sócio-cultural das pessoas, a definição dos conteúdos tendo como referência a responsabilidade científica e social das áreas de saúde. Aos três pontos acima referidos, devem ser agregados, ainda, os princípios da beneficência, da justiça, da excelência (qualidade) e da virtude³⁹.

Em conformidade com Germano⁴⁰, o fundamental é estruturar o ensino de ética a partir da compreensão da realidade social e do exercício da crítica sistemática às questões mais gerais da saúde e da sociedade que repercutem no dia-a-dia da profissão e na assistência que dispensamos aos usuários. Sem essa visão, partimos para um discurso ético-filosófico na sala de aula, totalmente vazio e, conseqüentemente, desvinculado da realidade social.

De acordo com Ceccim²³, algumas experiências de mudanças na formação dos profissionais de saúde revelam que o mais potente eixo integrador dos processos educativos são as práticas profissionais organizadas a partir das necessidades de saúde da população.

Ressaltamos ainda que a formação ética do profissional de saúde deve ser iniciada no ciclo básico da formação de nível superior, enfatizando a análise dos problemas e casos práticos que poderão acontecer na realidade concreta da vida profissional dos futuros Odontólogos⁴⁵, conforme assegura uma das respondentes desta pesquisa:

“A gente paga orientação profissional, mas na minha faculdade de orientação profissional, a gente não viu nada. Deixou muito a

desejar. Acho que poderia ser melhor. Falar realmente nestes dilemas éticos. Como se portar diante de uma situação constrangedora para você ou diante de um colega. Como se portar?”.

Gardênia

Nesta perspectiva, torna-se importante que estas discussões não fiquem restritas ao âmbito acadêmico. Os profissionais devem ser continuamente capacitados para a superação de suas limitações e para aperfeiçoamento e atualização, capacitação possível a partir da educação permanente, pois o compromisso ético dos profissionais pode ser desenvolvido em qualquer etapa da vida humana. O indivíduo não nasce ético, mas vai construindo sua eticidade ao longo de sua existência²⁶.

“Devia ter mais integração entre os dentistas e para haver essa integração deveria haver uma maneira de convocação dos profissionais, tipo um seminário, algo que reunisse a classe e discutisse para que a gente trabalhe todo mundo numa mesma linha, de mãos dadas, sem que tenha que derrubar ninguém. Por que não é derrubando o colega que você vai se assegurar na profissão, não. Então você tem que ter essa conscientização e eu acho que é importante demais que haja um respeito entre os colegas e pra isso acho que tem que ter alguma fonte externa, sindicato, CRO, alguma coisa que pudesse realmente reunir, conversar, esclarecer”.

Magnólia

A educação permanente é a proposta que visa incorporar o cotidiano do trabalho no setor saúde ao processo educativo. Propõe que a transformação das práticas deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas de profissionais em ação na rede de serviços ou na rede de gestão. Propõe que os processos de capacitação dos profissionais de saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivos a transformação das práticas de trabalho, de gestão setorial e de promoção de saúde, sob todas as suas formas²¹. Segundo Ceccim²⁴, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes para construir novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade. São os atores do cotidiano que devem ser os protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas.

Consideramos, pois, que formar profissionais éticos e cidadãos responsáveis por suas ações é um grande desafio para o ensino; isto é, dotar profissionais de visão crítica da

realidade e com competência para agir de forma responsável, autônoma e, fundamentalmente, comprometidos com os usuários, a comunidade e seu trabalho⁵⁹.

“Acho que as mudanças deveriam estar ocorrendo dentro das universidades porque o profissional já deve sair preparado para enfrentar os dilemas. Tem muito profissional ainda que não consegue resolver este tipo de problema”.

Margarida

4.2. Problemas éticos identificados nas relações com os usuários.

A ética médica foi desenvolvida a partir dos trabalhos de Hipócrates. A atitude do médico perante o paciente, desde então, baseava-se no modelo da beneficência, isto é, cabia unicamente ao médico a decisão, tanto diagnóstica quanto terapêutica, ao passo que a obrigação do doente era acatar passivamente as decisões e prescrições¹.

As práticas de saúde se caracterizavam pelo paternalismo, ou seja, pela interferência com a liberdade do indivíduo eticamente capacitado para a tomada de decisões, mediante uma ação beneficente justificada por razões referidas exclusivamente ao bem-estar do usuário⁹¹.

A partir da construção e afirmação dos direitos humanos, do desenvolvimento da democracia e da cidadania, iniciam-se os debates a respeito da necessidade de se destacar a posição do paciente e de se valorizar ainda mais sua responsabilidade com o tratamento⁶⁶.

Essas discussões propiciaram mudanças na ética médica tradicional. As antigas concepções verticais e paternalistas são gradativamente substituídas por alternativas de caráter horizontal e democrático com responsabilidades recíprocas e bilaterais³⁹.

O usuário passa a ser visto como um agente autônomo, ou seja, respeitado no seu direito de ter opiniões próprias, fazer escolhas e agir de acordo com seus valores e crenças, lembrando que, muitas vezes, suas opções podem discordar das indicações técnicas. A posição do usuário não pode ser mais a de um objeto que recebe um benefício, mas a de um sujeito que discute e coloca opiniões sobre sua saúde, seu tratamento e seu bem-estar. A concretização dessa autonomia se dá através da obtenção do consentimento livre e esclarecido⁹³. No entanto, sabemos que a autonomia não se reduz à formalização de um consentimento, mas implica em conquistas de cidadania, isto é, exercício de direitos sociais, políticos e econômicos que, em nossa realidade brasileira, a maioria da população ainda tem muito a conquistar.

O pleno exercício do consentimento somente é possível após serem discutidos com o usuário pontos essenciais como o diagnóstico, o plano de tratamento, as conseqüências dos procedimentos, incluindo possíveis seqüelas, se existirem e os seus custos, sempre em linguagem clara e acessível dentro dos padrões de compreensão intelectual, cultural e psicológico do indivíduo.

“Um paciente chega com uma classe II de um molar profunda e ele quer colocar resina. Ele quer colocar resina porque resina é mais bonita que amálgama. Aí o que acontece? Você está realmente num dilema aí. Eu acho assim, que você pode esclarecer o paciente e o deixar optar. Se você chegar para ele e disser: olhe não vejo tanta necessidade desse clareamento, agora se o senhor realmente deseja, aí a gente pode fazer, mas existem contra-indicações tal e tal que eu tenho que avisar. Por aí é ético”.

Azaléia

Para informar o usuário é preciso, antes de tudo, ser capaz de se comunicar com ele. A comunicação é um dos pilares mais importantes para o alcance do relacionamento efetivo entre o profissional e o usuário e talvez esteja relacionado a uma das grandes barreiras a serem superadas na Odontologia. Para Veludo e Simões⁸⁶, na prestação do serviço de saúde não se pode perder de vista o lado humano que compõe as duas partes dessa relação que une de um lado, o profissional, e do outro, o usuário. Ambas necessitam de acolhimento e proximidade, o que pode, inclusive, favorecer a atuação profissional e os resultados pretendidos. As habilidades técnicas não suplementam a necessidade de se estabelecer uma relação com o usuário que propicie segurança, confiança e comprometimento. O profissional de saúde, portanto, deve ter consciência desses elos e não atribuir uma importância secundária a essa vertente de sua atuação.

A idéia de responsabilizar o usuário pelas decisões relacionadas com sua própria saúde pode causar equívocos na interpretação dos profissionais. Se considerarmos que o respeito ao querer do usuário deva sempre prevalecer, mesmo que a decisão possa nos parecer absurda, nos excluirmos das responsabilidades com esse indivíduo, além de banalizarmos as nossas ações. Para Amadigi e Albuquerque⁴, a tomada de decisão deve ocorrer como um contrato social, convergindo interesses e responsabilidades de todos os atores envolvidos socialmente no processo saúde-doença.

“Acho que o essencial é a informação. Informar o paciente o que ele precisa e o que você é capaz de fazer por aquilo ali... Que o paciente participe tanto do seu plano de tratamento quanto na execução, sempre ele decidindo junto com você o que deve ser feito”.

Margarida

A autonomia tem limites. Como já referimos Garrafa³⁸, *em algumas situações o cirurgião-dentista tem o direito de negar-se a executar certos procedimentos extremos solicitados pelo paciente, ou mesmo declarar-se em desacordo com alguma decisão autônoma deste*. No presente estudo, os entrevistados demonstraram preocupação em preservar o direito à autonomia dos usuários, desde que as consequências das decisões não resultassem em ameaças à integridade dos indivíduos. Em tais situações, percebemos que se impõe o princípio da não-maleficência, pois o tratamento só é aceito ou recusado pelo profissional após serem ponderados os custos e benefícios de sua administração.

“O clareamento é mais estético, mas se quer uma cor mais clara, eu faria. Eu faria até porque é uma situação que não vai trazer nenhum problema para ele e eu faria porque ele estava querendo. Agora, diante de uma situação que eu vejo que poderia prejudicar o paciente, então eu chegaria para dizer não”.

Rosa

“Eu tenho os meus limites. Se vejo que aquilo não vai trazer algum transtorno para o paciente futuramente, eu faço. Agora, quando é um tratamento totalmente fora da minha concepção do que é correto, eu me nego a fazer”.

Gardênia

Estes relatos encontram-se em consonância com os resultados da pesquisa realizada por Zoboli⁹¹ sobre os problemas éticos vivenciados por médicos e enfermeiras do PSF. Neste também se constatou haver mais espaço para a expressão autônoma, ainda que se lance mão de persuasão para convencer o usuário de que o profissional sabe o que é melhor para ele, graças ao fato de dominar o conhecimento científico. Neste sentido, destacamos a seguir outras falas:

“Eu tento explicar. Eu mostro se há necessidade ou não. Tem uma paciente minha que ela tinha algumas restaurações de amálgama nos pré-molares e ela queria trocar por resina. Eu expliquei a ela que não tinha necessidade por que elas estavam boas. Aí, eu falei um pouco do amálgama, das propriedades e falei um pouco da resina também. Falei da questão que quando fosse tirar desgastaria o dente. Expliquei tudo a ela, mas chega um ponto que ela resolve, é autonomia dela. Apesar de todos os argumentos que usei, ela quis fazer e eu troquei”.

Lírio

“Eu o oriento a não fazer o clareamento. Eu tive muitos casos de pacientes que queriam e eu pego a escala de cores e digo: olhe, o seu dente é branquinho. Pego a escala de cores e a maioria dos pacientes aceitam. Mas eu tive uma paciente que não aceitou. Ela queria porque queria fazer e eu conversei, mostrei e não teve jeito. Fiz e ela ficou feliz e satisfeita... Quando o paciente quer e eu acho que não deve, eu mostro a ele e geralmente consigo convencer. Apenas essa que eu não consegui e terminei fazendo e ela está muito satisfeita”.

Girassol

No entanto, não se pode confundir persuasão com coerção. As atitudes coercitivas ou manipuladoras são aqui entendidas como a tentativa de induzir alguém através de apelos à razão para que aceite crenças, valores, intenções ou ações advogadas pela pessoa que persuade.

Este comportamento é atribuído a alguns profissionais que à vista de obterem lucros, repassam informações falsas ou incompletas aos usuários, dessa forma, induzindo-os a realizar tratamentos para os quais não tem indicação. Para Beachamp e Childress¹¹, a informação inadequada revela um desrespeito pelas pessoas e ameaça as relações de confiança. Vejamos esta fala:

“Já vi gente falando que recebe a indicação (de endodontia) e se vê que tem outro dente com uma restauração profunda próxima da polpa, diz logo para fazer os dois. Que absurdo né? A pessoa induz o outro (o usuário). A pessoa acaba indo né? Pô, é doutor, estudou, sabe muito, né?”.

Lírio

Destacamos ainda que as decisões não envolvem somente aspectos técnicos, mas também os valores, os princípios, as metas pessoais e as concepções singulares de saúde, felicidade e bem-estar dos usuários dos serviços odontológicos⁹³ Nesse sentido, concordamos com Garbin e colaboradores³⁶ ao afirmar que a percepção do paciente como um todo, com personalidade específica, problemas e anseios particulares é fundamental para a boa comunicação e o sucesso do atendimento odontológico. Em uma de nossas entrevistas foi narrada a seguinte situação:

“Ela disse que eu tinha tido muita paciência com ela por que ela estava com dor, chateada e não estava comendo. Ela tem limitação de abertura bucal. Então o profissional que a atendeu

antes dizia:” abre a boca” e ela não conseguia abrir mais, então passou o caso dela para frente. O pai dela até falou: “É você trata a pessoa, não trata o dente”. Aí, eu falei que realmente procuro tratar a pessoa como um todo, não só o dente da pessoa. Aí, ele fez: “Os outros (profissionais) que a gente foi só quiseram ver o dente dela e pediam para abrir a boca e ela não conseguia, mas ninguém levava em consideração isso”. Eu fiz o canal e mais algumas restaurações”.

Lírio

Certamente, Lírio não fez apenas o tratamento odontológico necessário, mas produziu uma outra possibilidade de relação com aquele paciente.

O aprendizado acadêmico é direcionado ao domínio do conhecimento técnico através das disciplinas, na maioria, com enfoque dentário, dificultando a compreensão do ser humano como produção biopsicossocial.

“Eu me encontrei com uma amiga que está fazendo Odonto e ela estava super feliz por que tinha feito a primeira extração. O máximo, né? “Ah, eu extrai e tal”. Mas nem pensava na pessoa que perdeu o dente, né? O que isso podia causar para a pessoa. Não é culpa dela por que ela está ali para aprender a fazer aquilo mesmo, mas acho que falta um pouquinho assim (de ética) dos professores de algumas disciplinas, de repente na disciplina de cirurgia, né? Ter alguma coisa em relação a isso para que a pessoa se ache bacana porque fez a técnica correta, mas se sensibilize também com a pessoa que está aí”.

Lírio.

O modelo de ensino vigente traz as marcas do relatório Flexner proposto em 1910. Este documento é baseado na aplicação de regras cartesianas como norteadores da formação médica. O conhecimento fragmentado passa a ser privilegiado de acordo com as percepções específicas de diferentes áreas do saber médico, desconsiderando-se a óbvia inseparabilidade entre as partes e a totalidade do ser humano. A unidade complexa da pessoa é dividida em partes cada vez menores do domínio científico. Como afirma Morin⁶⁰: *“Os avanços disciplinares das ciências não trouxeram apenas as vantagens da divisão do trabalho, trouxeram os inconvenientes da hiperespecialização, do parcelamento e da fragmentação do saber”*. O indivíduo, antes visto como sujeito do processo terapêutico, respeitado em sua dignidade, vontade, liberdade e razão, transforma-se em objeto de estudos, consumidor de tecnologias, uma pessoa como os objetos de estudo de disciplinas como a química, a física e a botânica^{22, 78}.

O paradigma cartesiano-flexneriano, apesar de ter fornecido os meios para o extraordinário desenvolvimento da tecnologia biomédica, ao mesmo tempo fez reduzir a credibilidade devotada aos profissionais de saúde, prejudicando o relacionamento entre as partes envolvidas no processo terapêutico.

Encontramo-nos diante, portanto, de um modelo pedagógico obsoleto. Para superarmos o entendimento da saúde como fenômeno estritamente biológico, devemos, de acordo com Morin (2002), “*apreender em conjunto o texto e o contexto, o ser e seu meio ambiente, o local e o global, o multidimensional, em suma, o complexo, isto é, as condições do comportamento humano*”. Torna-se urgente, então, a adoção de novas propostas pedagógicas para o ensino que melhor atendam as necessidades do ser humano enfermo. As novas estratégias de ensino a ser incorporadas devem fornecer conhecimentos mais amplos do processo saúde-doença, contemplando enfoque inter e transdisciplinar.

Ainda é pertinente considerar que, não obrigatoriamente, o usuário que concorda com indicações do dentista esteja devidamente esclarecido em um processo de consentimento e, ainda que o estivesse não se pode desprezar os aspectos relativos ao sistema de saúde e ao acesso aos serviços como potenciais determinantes de restrição da liberdade das pessoas. Na impossibilidade de acesso ao tratamento endodôntico, como acontece principalmente no sistema público, o usuário consente em extrair dentes, não por que avaliou todas as alternativas e escolheu aquela que mais se adaptava a sua necessidade, mas sim por completa falta de opção. Da mesma forma ocorre em situações, no setor privado, quando o usuário não tem capacidade financeira de consumo das ofertas de mercado.

“Eu explico as opções de tratamento, explico as diferenças, mas no final, sempre que eles não têm condições de pagar, optam pelo mais barato. Já teve casos dos pacientes desistirem do tratamento porque o orçamento ficava maior. Por exemplo: tinha uma paciente que chegou ao consultório para fazer algumas restaurações, mas no exame clínico detectei que precisava fazer canal e o orçamento dobrou por causa do preço do canal e ela desistiu. Ela abdicou do tratamento porque não tinha condições”.

Orquídea

Outro aspecto a ser abordado nesta discussão diz respeito à omissão dos profissionais frente às iatrogenias cometidas pelos colegas. O conflito ético reside entre contar a verdade ao usuário sobre o erro cometido, respeitando o direito à autonomia individual, garantido pelo

conhecimento acerca de suas condições bucais e o dever de proteger a reputação de sua categoria profissional.

“Você vê que aquele paciente se submeteu a algum tipo de tratamento que não foi bem sucedido, que ele não foi bem orientado e você não pode, assim, alertar ou dizer alguma coisa. Você sente vontade pelo paciente, mas não se sente em seu direito como profissional. É muito delicado”.

Girassol

Detectamos receio por parte dos entrevistados em informar ao usuário que o tratamento realizado pelo colega não foi executado dentro das adequadas normas técnicas. Consideram que, assim, estariam desrespeitando as normas e regras da ética deontológica, representada pelo Código de Ética Odontológica, que tem influência importante no exercício da profissão. A má conduta profissional é, na maioria das vezes, envolvida por um muro de silêncio, especialmente quando o paciente não está ciente do problema ou então, se a falha é percebida pela pessoa, a situação é contornada por desculpas que justifiquem a ação realizada pelo colega, constituindo-se numa “lealdade” equivocada com os demais dentistas. A desculpa mais freqüente se refere às más condições de trabalho encontradas em alguns locais.

“Às vezes, o paciente vem reclamar de um colega e você vê que realmente seu colega falhou e você tem que dar uma desculpa para aquele erro. Ali a gente tem que ser ético”.

Gardênia

“Eu acho isto falta de ética porque mais que o colega esteja errando a gente não deve crucificar o outro. Eu tento esconder ao máximo o erro do colega. Eu tento ao máximo não dizer que foi feito errado. Se o paciente chegar para mim: ‘doutor, quer dizer que isto foi feito errado’. Eu digo: não, de acordo com as condições que a pessoa tinha para fazer, saiu uma coisa não muito boa, mas não é uma questão se fez errado ou deixou de fazer certo. Não é bem assim”.

Camélia

“Já chegou paciente pedindo orientação em relação ao outro profissional. Eu não falei. Eu acho péssimo porque você sabe que a pessoa (o colega) não presta e você se faz de doido! Esse código de ética da gente... Não sei. É tão complicada a ética!”.

Violeta

O que deve estar envolvido na questão é a falta de reflexão crítica do profissional a respeito dos princípios éticos que devem nortear a nossa prática. Se as condições de trabalho não são as melhores, um profissional consciente do que suas ações devem sempre se converter em benefícios para as pessoas, buscará contornar esta situação, seja se negando a realizar procedimentos para os quais não esteja capacitado tecnicamente, seja exigindo por melhores meios de trabalho.

“A primeira coisa que exigi quando comecei a trabalhar foi por melhores condições de trabalho. Tem gente que gosta de trabalhar em qualquer lugar. Não quer saber se tem um bom material, se tem um bom instrumental, se as condições físicas do local são satisfatórias. Dentistas como estes que querem trabalhar a todo custo independente do salário, ficam pulando de uma cidade pra outra e não sendo preocupados em saber se o paciente está sendo bem atendido. Eles se submetem a qualquer situação”.

Myosotis

O respeito ao contido no Código de Ética não é absoluto. Diante de iatrogenias sérias que impliquem em ameaça à saúde do indivíduo, alguns participantes da pesquisa consideram que deve prevalecer uma postura honesta com os usuários dos serviços odontológicos. Nestes casos, julgam que denunciar o colega torna-se justificável, pois estaria em jogo a integridade de um ser humano.

“Aconteceram várias vezes, casos de pacientes que chegaram pensando que tinham tratado o canal e o canal só tinham pó. Eu não sabia nem o que era. Que pó era aquele. Se era eugenol... Sei que eu disse: olhe o seu canal não tá tratado, não. Em outro caso: olhe essa coroa aqui tá mal adaptada, você tá cheia de tártaro aqui por baixo, a gengiva está inflamada e falei todas as conseqüências que poderia trazer. Daí a gente tratou de novo. Acho que você precisa conversar com o paciente e explicar a ele e dependendo da situação dele dizer: olhe você foi enganado. Você pagou por isso, mas você foi enganado”.

Violeta

“Eu vi um paciente com aparelho que tava todo errado, aí eu disse: Olha, eu nem gosto de fazer isso, mas se fosse você trocaria porque essa não é a melhor conduta. Isso aqui não vai movimentar os dentes. Então, na outra semana, ela tinha mudado de ortodontista. Eu tive que falar porque vi que aquilo tava prejudicando o paciente.

Se for para deixar de ser ética, eu deixei de ser com o colega que colocou o aparelho”.

Gardênia

“Se for uma iatrogenia grande que acho que realmente o dentista quis enganar o paciente, eu acho que ele deve ficar ciente do caso. E se for uma iatrogenia que a pessoa chegue ao seu consultório reclamando de uma restauração ou de um canal, por exemplo, às vezes a pessoa vai fazer um canal e quando você bate o raio X não tem obturação. Eu acho que nestes casos a gente deve comunicar o paciente, mesmo porque a partir daquele momento ele vai ser o seu paciente. Ele tem que ser esclarecido das coisas que você tá fazendo e do que foi feito antes. A gente pode achar uma forma de como fazer isso, mas acho que tem que ser feito. Até porque para defender a odontologia, o bom trabalho da Odontologia e não o trabalho ruim”.

Myosotis

4.3. Problemas éticos identificados nas relações de trabalho, nos serviços de saúde.

A universalidade da cobertura, a igualdade de acesso e a integralidade da assistência são os princípios fundamentais do SUS relacionados ao princípio da justiça. A partir deles é possível estabelecer as bases de uma gestão moralmente legítima e socialmente aceitável no contexto de saúde brasileiro⁴⁷.

Contudo, ao se considerar que, apesar de definido legalmente desde a constituição de 1988, o SUS ainda encontra-se em fase de implementação, não deve causar estranheza o fato de uma parte dos problemas éticos vividos pelos profissionais de saúde que atuam no serviço público serem decorrentes de aspectos organizacionais do sistema de saúde.

No caso particular da Odontologia, muitos problemas éticos relacionam-se com a questão da integralidade no que se refere à hierarquização dos níveis de assistência como, por exemplo, na falta de um serviço de referência especializado, principalmente, em endodontia. A ampliação do acesso ao tratamento endodôntico diminuiria, sem dúvidas, o montante de exodontias e de necessidades de tratamento reabilitador que a perda dentária ocasiona.

“Questões a respeito de um tratamento especializado é uma dificuldade muito grande. Por exemplo, o paciente precisa de um tratamento endodôntico e o serviço não oferece, ele não tem condições de fazer, então termina tendo de extrair o dente. No serviço privado já não é tanto. A gente tem acesso a essas tecnologias”.

O usuário, mesmo diante da possibilidade de recuperação do seu quadro clínico pelo conhecimento técnico-científico disponível na Odontologia, é obrigado a extrair os dentes. No entanto, sabemos que a perda dentária ainda é vista com naturalidade em nossa prática, pois o paradigma curativo-reabilitador encontra-se profundamente enraizado em nossas ações. O olhar profissional é reduzido ao “tratar de dentes”, sendo o indivíduo e seu contexto, na maioria das vezes, esquecido no que poderia ser uma ação de cuidado.

Como já discutimos no tópico anterior, essa percepção é reforçada pelo modelo cartesiano de ensino, a partir do qual a medicina restringe o biológico, separa a mente do corpo e faz prevalecer a lógica de que a cada efeito corresponde uma causa, e o princípio segundo o qual para melhor conhecer o ser humano haveríamos de dividi-los em partes. As doenças são compreendidas como processos individuais, naturais e biológicos, guardando relações exclusivas com determinados órgãos⁷⁷.

Estas concepções de saúde estão, evidentemente, presentes nas formas de organização da assistência. O centro da atenção, ao longo da nossa história, foi a doença em detrimento do doente. Esta visão norteou a elaboração das políticas públicas no Brasil que, durante muitos anos, centraram-se num modelo de assistência hospitalocêntrica, na rápida incorporação de procedimentos de alta tecnologia e no pouco investimento nas ações preventivas e de promoção à saúde. A saúde bucal da população não era considerada prioritária e segundo o que indicam os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998, até aquele ano, 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista³⁵.

Neste contexto se produziu, um crescente processo de mercantilização dos serviços de saúde em geral, e mais especificamente, da Odontologia. A alta tecnologia odontológica é disponibilizada apenas para aqueles que podem pagar pelos seus serviços, o que representa a minoria da população, enquanto que para os demais são oferecidas as exodontias, muitas vezes, como o único recurso terapêutico possível.

Conseqüentemente, nossas ações ainda não podem se direcionar, no momento, apenas para a realização de atividades educativo-preventivas, pois existe uma parcela considerável da população com a cárie instalada e que se for deixada ao seu próprio curso resultará, fatalmente, na perda dentária. A assistência integral à saúde deve buscar transcender a dicotomia artificialmente criada entre saúde e doença, entre prevenção e cura, recolocando o ser humano como centro norteador da atenção.

Nestes últimos anos, algumas iniciativas de expansão da cobertura da assistência odontológica, no setor público, têm sido observadas. A inclusão da equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família desde 2001, logo após a divulgação dos dados da pesquisa do IBGE; e em 2004, o lançamento do programa Brasil Sorridente¹⁹, política nacional que incorpora propostas de assistência integral com expansão dos serviços odontológicos desde a atenção básica, pelo incremento do número de equipes de saúde bucal da família, até a implantação de serviços especializados nos demais níveis de atenção. Além do atendimento curativo básico e das ações preventivas e promocionais, o Programa incentiva a implantação de centros de Especialidades Odontológicas para referência em endodontia, periodontia e prótese¹⁹.

Problemas relacionados com as ações dos gestores do SUS ao nível municipal da assistência de saúde também foram relatados pelos entrevistados.

A política de descentralização do SUS exige dos municípios um bom desempenho de sua capacidade de gestão para a implantação de serviços e ações de saúde voltadas para a mudança positiva nos indicadores de saúde da população. Na condução do processo de atenção à saúde, o gestor municipal tem papel fundamental e suas decisões, por afetarem tanto os indivíduos quanto as coletividades, são atos de natureza ética, devendo ser guiados pelo princípio da responsabilidade. No entanto, o cargo de secretário de saúde do município nem sempre é ocupado por gestor capacitado à função, principalmente nos municípios do interior do nosso estado. Conseqüentemente, quando se encontram no âmbito da organização dos serviços de saúde, acabam por não contemplar a compreensão dos aspectos socioeconômicos e culturais envolvidos no processo saúde-doença e, por conseguinte, na utilização de tecnologia adequada à resolução dos problemas dos usuários. A este respeito, citamos o fato de que em alguns municípios do nosso estado, as metas dos programas de saúde bucal baseam-se no aumento da realização de procedimentos odontológicos, principalmente as exodontias.

“O conflito ético envolve muitos fatores. Tanto fatores políticos quanto financeiros. Então, tem que ser feito um trabalho até de conscientização a começar pela saúde pública no geral. Os próprios coordenadores (...) Hoje em dia você pega um coordenador de saúde bucal do PSF e qual a preparação que ele tem? Às vezes, nenhuma! Só política entendeu? Conhece o prefeito, ganha mais dinheiro e tá ali. E aí?”.

Rosa

“O gestor muitas vezes exige uma certa meta que torna humanamente impossível você fazer um bom trabalho”.

Myosotis

As transformações das ações de saúde, entretanto, não dependem apenas das atitudes do gestor, mas também do envolvimento e do compromisso dos profissionais, incluído aí os dentistas, com as mudanças, e com a sua implementação na prestação dos serviços de saúde²⁸.

“Tem que se impor. Não tinha nada quando cheguei lá. E eu disse: eu não trabalho assim, não adianta. Não chega um incentivo do governo? Use aquele dinheiro para comprar material. Então, para eu começar a trabalhar, o secretário teve de comprar todo o instrumental. Teve que equipar toda a sala para que realmente aquilo se parecesse com um consultório odontológico”.

Gardênia

No entanto, podemos observar dos relatos obtidos nesta pesquisa que o interesse dos profissionais direciona-se à estruturação do consultório odontológico. Reconhecemos que dispor de condições de trabalho adequadas é importante, mas que nossas práticas não podem se limitar às ações clínico-cirúrgicas da assistência odontológica individual. Corroboramos Frase³⁴ de que o conhecimento científico-tecnológico produzido nos campos da cariologia, epidemiologia e da saúde pública precisam ser aplicados também para promover a saúde bucal da população.

Na busca dos meios disponíveis para produzir saúde, observa-se que esta se concentra principalmente nos recursos financeiros, e que são sempre definidos como escassos, desprezando-se os recursos humanos, as modificações trabalhistas e ambientais, a informação e a instrução, ou seja, fatores de insalubridade e recursos imateriais que em muitos casos são potencialmente ilimitados¹².

Para mudar esta concepção, faz-se necessária a construção da consciência sanitária em gestores, em profissionais de saúde bucal e também em usuários, o que implica na consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação. Como afirma Botazzo¹⁵, “é preciso refletir sobre isso, sobre as possibilidades do atendimento coletivo, sobre como determinadas alterações anátomos-funcionais manifestam-se nos indivíduos, como ir além do biológico”.

A formação dos trabalhadores da nossa área ainda não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal. Conseqüentemente, o modelo formador do país está dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades de saúde da população. Alia-se a esta questão, o fato de que exigir por mudanças nem sempre é possível quando está em jogo a própria manutenção do profissional no mercado. O medo de perder o lugar para outro profissional pode impedir o trabalhador de lutar pelas transformações necessárias.

“Eu acho que deve se impor, mas se eu sair dali, não aceitar e aí? O que o mercado tem para me oferecer? (...) Ele disse (o amigo) que tinha que se submeter a isso por que senão ele iria sair e outra pessoa iria chegar e ocupar o lugar dele. É o mesmo no local onde trabalho. Existem “ene” pessoas querendo trabalhar ali por mais que não seja o ideal”.

Rosa

Acerca da referência ao mercado, destacam-se as condições crescentemente competitivas do trabalho odontológico e a luta dos profissionais para assegurarem seu espaço nesse mercado. Já somos um contingente de cerca de 155 mil cirurgiões-dentistas somando-se aos 11 mil recém-formados a cada ano⁸⁵. Esta situação se deve, principalmente, ao fato que o número de formandos em Odontologia é regido pelo interesse do capital no âmbito do ensino superior privado e não a partir das necessidades sociais. A população de cirurgiões-dentistas cresce cerca de 5,7% ao ano, enquanto o crescimento anual da população é de 1,6%⁸⁰. O resultado é o estabelecimento de uma concorrência acirrada em nossa profissão. Com exceção de um entrevistado, todos consideraram este fato como uma das razões mais fortes implicadas na geração dos desrespeitos éticos:

“A concorrência está grande em todas as áreas, mas na nossa área está muito maior. Se não houvesse esta disputa tão grande pelo paciente, eles (os colegas) não fariam questão de mentir e de derrubar os outros. Se houvesse uma concorrência menor, uma concorrência mais leal, este problema não ocorreria”.

Orquídea

“Existe muito isso da concorrência ser grande, você não querer perder o paciente e você meter a cara e fazer sem ter qualificação para fazer”.

Girassol

A despeito do alto número de profissionais, concentrados principalmente nas grandes cidades, a maior parte da população é incapaz de financiar, com seus próprios recursos, os cuidados de que necessita em clínicas estruturadas dentro do modelo liberal clássico (entendimento direto quanto aos serviços e honorários entre profissional e usuário). Em contrapartida, também há dificuldades de acesso aos serviços públicos, estes sendo ainda considerados de qualidade inferior. Em recente estudo, a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸⁰ afirma que 18,7% da população brasileira jamais teve a oportunidade de consultar-se com um cirurgião-dentista. Segundo Botazzo¹⁵, decorre dessa situação que:

“A cárie dentária é a doença do pobre, das populações periféricas urbanas e rurais, a marca estampada nos sorrisos proletários. Não que estes não tenham outras doenças, mas é que junto com a doença periodontal, a cárie compõe muito bem o cenário de abandono no qual estão colocadas. Há, com certeza, uma estética bucal popular, mostrando seus dentes encalavados, superfícies proximais escurecidas, gengivas intumescidas, resíduos dentários á mostra. Concluída a devastação, todavia, há sempre como apelar para a prótese, a dentadura estandardizada saída das muflas das clínicas “populares”. Ou fica como está: banguela é palavra de amplo uso nacional”.

Estes fatos apontam para a necessidade de se organizar o setor de forma a prover a assistência odontológica aos milhões de pessoas que dela necessitam e, ao, mesmo tempo, absorver a abundância de profissionais no mercado de trabalho⁸⁰.

“Acho que poderia se tentar, assim, fazer uma análise. Ver quantos dentistas tem, o número da população e empregar esse pessoal mesmo. Porque se a gente vê que a gente é um país de banguelas, ainda há é a necessidade de dentistas. O que tá faltando é emprego por que manter um consultório com todos os gastos que você tem, às vezes você tem que repassar ao seu cliente aquele valor, só que ele não tem dinheiro para pagar”.

Azaléia

Neste contexto, constata-se o ativo crescimento da fatia de mercado correspondente às clínicas e empresas que oferecem planos e seguros de saúde bucal⁶⁸. No entanto, para Gjermo e Bellini⁴¹ a maioria dos sistemas de convênio e seguros pode afetar atitudes e comportamentos éticos dos profissionais por:

- Reduzirem o pagamento pelos serviços ao mínimo possível;

- Criarem barreiras de acesso aos cuidados odontológicos, regulando a quantidade e o tipo de serviço oferecido, e incluindo entre seus credenciados somente os dentistas que aceitam seus controles e tabelas;
- Incentivarem quantidade e não qualidade;
- Avaliarem seus serviços por unidades de procedimentos restauradores, ao invés de melhorias de saúde.

Referente a esta última questão, reproduzimos aqui um trecho de um texto que analisa as relações entre a formação, o mercado e a postura do profissional em Medicina que consideramos pertinente para a reflexão sobre a Odontologia:

“Dentro de um contexto onde são patentes a alienação, a despolitização e o individualismo, associadas à formação médica voltada primordialmente para o técnico-científico, à má distribuição do profissional pelo território nacional, ao excesso de faculdades de Medicina e à falência do sistema público de saúde, o que se vislumbra é tão somente a desigualdade de oportunidades, fazendo com que se presencie um relacionamento caótico no que diz respeito ao vínculo existente entre as empresas intermediadoras e os médicos. Isso, claro, como fruto de uma ausência de conscientização, de mobilização e de organização da categoria para tentar o equacionamento do problema” (Coutinho²⁹).

A dificuldade de inserção no mercado de trabalho também tem levado os profissionais a buscar a contratação direta em clínicas odontológicas, aonde muitas vezes são oferecidos baixos salários, recursos técnicos precários e, sobretudo, uma demanda sufocante para os cirurgiões-dentistas. Contudo, tais condições também podem ser comuns ao serviço público.

Dessa forma, criam-se as condições ideais para o ato adverso, para ações desprovidas da qualidade mínima e consistente para o suporte ético da atividade profissional. A esse propósito, vejamos o que descreveram os entrevistados:

“Faltava material, faltava fio de sutura, não tinha gaze, era algodão, não tinha auxiliar, a gente ficava morto de cansado! E eles pagavam pelo faturamento da clínica, mas era nove por cento! Foi a situação mais anti-ética que presenciei. O fato mais crítico era o fio de sutura. Não tinha fio de sutura. Eu cheguei a perguntar como é que eles iam fazer. Aí, eles: “use o fio dental”. A gente fica se sentindo muito mal”.

Jasmim

“Eles botam uma demanda enorme de pacientes. Eu tenho 20 minutos para atender cada paciente. Eu acho que vinte minutos é muito pouco para atender um paciente. Então, eu acho uma falta de respeito porque eu não posso fazer uma boa anamnese no paciente. Outra coisa é a questão da luva. Eu tinha que usar a mesma luva para uns pacientes, quer dizer, coisa que me deixou péssima com a situação! E aí? E agora, o que eu vou fazer? Por que para mim, eu acho que não é certo o que eu estou fazendo com o paciente. Eu atender só em vinte minutos. Eu atender usando a mesma luva. Eu acho que se a gente tem ética e a gente faz um voto e tudo, a gente tem de atender de acordo com o que é certo. O ruim é a gente ter que se submeter a isso”.

Rosa

“Esses planos de saúde pagam um absurdo. Terminam até influenciando a prostituição profissional. Que tipo de serviço é esse que estão oferecendo por aí? Porque hoje tem profissional que diz assim:” ah, paciente particular eu vou usar tal material e paciente de plano, eu uso tal”.

Margarida

“Tem que ser rápido. Você tem pouco tempo Porque è muita quantidade, não é qualidade. Tem que atender tantos ou mais... A pessoa fica desestimulada”.

Lírio

Os participantes da pesquisa acreditam que a busca por uma melhor remuneração tem levado alguns profissionais a realizarem procedimentos para os quais não possuem a devida capacitação técnica/científica. Nesta pesquisa, foram citados os tratamentos endodônticos, protéticos e, principalmente, os ortodônticos por serem aqueles que proporcionam os maiores ganhos ao profissional.

“A questão da Orto é muito uma questão de dinheiro por que é um tratamento longo que a pessoa paga todo mês um valor, então o pessoal está colocando a torto e a direita por que se sentem aptos a fazer qualquer coisa, mas isso não quer dizer que realmente façam qualquer coisa, né?”.

Lírio

Na verdade, o que pode está implícito nestas ações é a falta de compromisso e responsabilidade do profissional com o usuário, resultando em um alto número de iatrogenias, infringindo, dessa forma, o princípio da não-maleficência, isto é, a obrigação de não prejudicar e de não impor riscos de danos intencionalmente. A realização de procedimentos fora dos padrões técnicos da assistência especializada em Odontologia caracteriza-se como negligência. A respeito dos males produzidos, observe os relatos a seguir:

“Eu vi profissional dizendo ao paciente que estava fazendo canal, quando não estava fazendo canal nenhum. Quando ele só abria o dente muito mal e colocava um cone solto dentro de um dente e fechava e pronto. Estava feito o canal”.

Azaléia

“A ortodontista aqui da clínica me mostrou panorâmicas com todos os dentes com reabsorção apical. Hoje em dia a gente vê muita iatrogenia”.

Lírio

Embora o mercado tenha influência na produção dos deslizes éticos cometidos pelos cirurgiões-dentistas, consideramos que a ausência de reflexões, a respeito das nossas responsabilidades enquanto agentes promotores de saúde bucal, deve se configurar como o ponto fundamental dos problemas éticos vivenciados.

“Ele abriu esse plano odontológico pensando mais no retorno financeiro dele do que na saúde do paciente. Ele tem um retorno financeiro muito bom, mas ele está preocupado apenas com isso. Ele não está preocupado com a melhoria da saúde bucal do paciente”.

Rosa

“No fundo o problema é individual. Se os seus valores, aquilo que é seu, que tão lá dentro, os valores éticos são diferentes disso aí, se você não concordar não é mercado que vai te empurrar para fazer, não. Você sai dessa”.

Violeta

Diante de um caso no qual não se dispõe do conhecimento necessário a sua resolução, um profissional consciente dos limites de suas ações encaminha o usuário do serviço a um colega melhor capacitado, pois o fundamento ético que deve nortear as nossas práticas é a promoção do bem-estar dos indivíduos, o restabelecimento da saúde bucal integral. A beneficência, então, é uma exigência para as profissões de saúde, incluindo a

Odontologia. Este princípio nos guia a agir segundo o melhor interesse do Outro. Para Beachamp e Childress¹¹, as obrigações de conceder benefícios, de prevenir e reparar danos e de pesar e ponderar os possíveis benefícios contra os custos e os possíveis danos causados por uma ação são centrais na ética biomédica.

“Se você não puder fazer alguma coisa, se você vê que não tem capacidade, no sentido de você não ser uma pessoa especializada para fazer aquilo, você não fazer porque você não tá brincando. Você deve ter consciência daquilo que você pode e não pode fazer”.

Girassol

“Às vezes, a gente quer fazer tudo por causa do dinheiro. Acho que ético seria fazer as coisas nas minhas possibilidades. Quando foge da minha condição, eu ter a consciência de que tem que mandar para outra pessoa resolver, né? E não fazer as coisas de qualquer jeito ou de uma forma errada. Acho que você ter ética é respeitar a pessoa, ver que tá lidando com o ser humano, respeitá-lo e resolver dentro das nossas possibilidades”.

Lírio

A obrigação de beneficência se expressa em compromissos e responsabilidades dos profissionais não apenas a nível individual, mas também no coletivo. A promoção de saúde e bem-estar da população deve ser o objetivo, fundamento e justificação das profissões de saúde, incluindo a Odontologia. Neste sentido, a adoção de ações sociais de beneficência, como educação para a saúde e fluoretação das águas, são tomadas como ações necessárias e obrigatórias no campo de atuação da saúde bucal coletiva.

Para sermos capazes de promover o bem-estar, precisamos olhar o usuário de modo integral. Portanto, a relação sujeito-objeto, hegemônica na prática odontológica, precisa ser substituída pela relação sujeito-sujeito. O usuário não deve mais ser visto como uma boca ou como um dente, objeto do desenvolvimento das técnicas cirúrgico-reabilitadoras. Devemos ampliar nossa visão de uma clínica *dente-centrada* em direção a uma saúde bucal integral, tanto na formação quanto no trabalho odontológico, e para isso Souza⁸¹ adverte: *“será preciso resgatar a humanidade da boca, devolvendo-a ao corpo, e também dentando-a. Compreendendo-a mais e menos que um órgão anátomo-fisiológico: como um território corporal com significados e sentidos”.*

“Ética sou eu não cuidar dele só por fins lucrativos, por exemplo, mas você pensar na saúde como um todo porque estou trabalhando com uma pessoa”.

Rosa

A educação deve ser enfatizada como instrumento formador da consciência do sujeito socialmente responsável, e elemento fundamental no contexto da atenção à saúde. A visão de que devemos curar a doença de uma pessoa, deve ser substituída pela concepção do cuidar do indivíduo que está doente, lembrando Boff ¹⁴ “*o que significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos desconectados da subjetividade humana*”.

Encontramo-nos, portanto, diante da necessidade de mudanças não somente dos antigos paradigmas técnico-científicos, como também dos compromissos e responsabilidades profissionais. Será preciso tomar a produção da vida em sua dimensão complexa e relacional, como princípio e desafio do agir ético, para que então possamos reconhecer, compreender e lidar com os problemas/dilemas éticos que surgem no cotidiano, inclusive o meio profissional.

Capítulo V

“Enfrentar e tentar curar o sofrimento do próximo é, na verdade, uma tentativa de lidar com o próprio sofrimento. Conscientizar-se disto é ser um profissional completo”.

Autor desconhecido

5. Considerações finais

A presente pesquisa foi desenvolvida com vistas a identificar os problemas/dilemas éticos que emergem na prática odontológica e descrever como os profissionais lidam com estas situações.

Os problemas éticos foram distribuídos dentro de três dimensões do trabalho odontológico, identificados após a leitura e análise das entrevistas. A função da divisão foi apenas didática, pois os conflitos éticos não ocorrem indissociáveis um dos outros.

O enfoque bioético principialista detectado como principal referencial teórico na análise dos problemas mostra-se insuficiente para abarcar a amplitude e diversidade da experiência humana. Por esta razão, contemplamos neste estudo outros aportes teóricos, tal como a noção da ética do cuidado, permitindo uma melhor compreensão do tema.

Após a análise dos problemas éticos apontados, constatamos que eles se referiam principalmente, ao desrespeito às normas e regras do Código de Ética Odontológica, confirmando a primazia do enfoque deontológico no ensino da ética durante a formação profissional. No entanto, o conhecimento dos deveres e direitos profissionais é insuficiente para solucionar os conflitos éticos que surgem no exercício da profissão, pois oferece uma visão muito restrita das problemáticas envolvidas nestas questões.

Dessa forma, a formação ética do profissional não possibilita reflexões críticas de suas práticas e é reforçada, também, por formas fragmentadas de conhecimento, com ênfase no tecnicismo, no aprendizado das técnicas cirúrgico-restauradoras que tomam como objeto os dentes, distanciando-se da compreensão mais ampliada do processo saúde-doença. Por outro lado, as ações são desenvolvidas na direção de curar a doença do indivíduo, negligenciando o cuidado da pessoa doente e a perspectiva de contribuir para que o doente desenvolva maiores níveis de autonomia e autocuidado. Falta ao profissional, durante sua formação e nos espaços de trabalho, a reflexão crítica, por exemplo, sobre a prática odontológica apresentar baixa resolutividade aos problemas básicos da população, como a cárie e a doença periodontal, que ainda persistem em elevados níveis na população adulta.

Tais limites colocam para a Odontologia a necessidade de nova prática que considere a humanização, o cuidado, o exercício da cidadania e a compreensão de que as condições de vida têm papel fundamental na definição do processo saúde-doença nas populações, demandando dos dentistas novas habilidades para lidar com a realidade social, visando

alcançar a integralidade das ações de saúde bucal. Faz-se importante, pois, incorporar o cotidiano do trabalho no setor saúde ao processo educativo, permitindo que as práticas profissionais sejam organizadas a partir das necessidades de saúde da população. A educação deve ser permanente, capacitando os profissionais para a superação de suas limitações e para aperfeiçoamento e atualização.

Chama atenção a preocupação em preservar a autonomia dos usuários, possível, após o devido esclarecimento em linguagem simples e acessível à compreensão dos indivíduos. Porém, esta autonomia não é absoluta. Se a ação preterida pelo usuário resultar em conseqüências negativas à sua saúde caberá aos profissionais posicionarem-se contra a realização dos procedimentos.

Uma questão que se assume como dilema nas vivências do dentista refere-se as iatrogenias cometidas pelos colegas. Predomina a visão corporativa de proteção aos profissionais pertencentes a uma categoria, caracterizando-se pelo silêncio ao detectar um erro técnico. Entretanto, se a iatrogenia constitui-se em ameaça à saúde do usuário ou se este foi seriamente ludibriado pelo colega, os entrevistados acreditam que nosso dever é informá-los do problema.

Outro aspecto abordado diz respeito à responsabilidade ética do gestor em saúde, uma vez que alguns dos problemas éticos decorrem da estruturação dos serviços, embora se refiram principalmente, às dificuldades de ordem física, ou seja, no dever do gestor em equipar o consultório odontológico. Foi detectada ainda a intenção de alguns gestores em aumentar a realização de procedimentos técnicos cirúrgico-restauradores, com forte ênfase nas exodontias.

Destaca-se ainda o papel do mercado na produção dos problemas de ordem ética. Para os dentistas, as más condições de trabalho, os baixos salários e a concorrência favorecem as desconsiderações éticas nas ações realizadas, tais como: realizar tratamentos sem possuir a capacitação técnica adequada, sugerir tratamentos desnecessários e infringir os preceitos técnico-científicos fundamentais à execução dos procedimentos.

O maior receio dos dentistas é perder o emprego e não obter uma nova colocação no mercado de trabalho. Conseqüentemente, muitos se submetem a qualquer situação para continuarem trabalhando, mesmo reconhecendo que existe a necessidade de exigir por melhores condições de trabalho. Há muitos dentistas disponíveis e as necessidades da população são enormes, mas os profissionais encontram-se mal distribuídos e o atendimento

odontológico não está acessível a todos. A prática odontológica configura-se, então, por ser individual, de alto custo, elitizada e curativista.

Na verdade, o que deve estar implícito nestas questões é a falta de compromisso e responsabilidade de alguns profissionais com os usuários, a comunidade e seu trabalho. Neste sentido, a educação deverá ser enfatizada como instrumento formador da consciência do sujeito socialmente responsável, e elemento fundamental no contexto da atenção à saúde.

O modelo hegemônico da prática odontológica baseado na clínica *dente-centrada* deve ser substituído, então, pelo “cuidado em saúde bucal”, do qual deriva uma nova prática mais conectada com as dimensões da subjetividade humana.

Os problemas e dilemas éticos relatados pelos entrevistados ganham relevo na dimensão relacional em que o outro é identificado no colega, no usuário e nos serviços de saúde. Interrogamo-nos o quanto de “nós” carrega o outro, ou o outrem, no sentido de que os múltiplos outros produzem em nós imagens espelhadas. Daí a necessidade de maior reflexão sobre tais questões. Consideramos importante, então, que estas relações sejam exploradas em outros estudos que aprofundem a compreensão dessas no contexto complexo de sua produção.

BIBLIOGRAFIA

1. Almeida JLT. Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e Esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
2. Almeida JLT; Schramm FR. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics and the rise of bioethics. *Cad. Saude Publica* 1999; 15 (1): 15-25.
3. Almeida CR, Borges MAS. Enfermagem na gestão do sistema único de saúde: Experimentando muitos modos de ser. In: Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato eletrônico]; 2004 [capturado 2005 mar de 2005]; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn, 2005. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>.
4. Amadigi FR, Albuquerque GL. O planejamento local de saúde sob a ótica da bioética In: Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato eletrônico]; 2004 [capturado 09 mar de 2005]; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn, 2005. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>
5. Amorim K P C. Nos labirintos da vida: a (bio)ética na formação de odontólogos (a visão de docentes). [Dissertação]. Natal (RN): UFRN, 2002.
6. Anjos MF. Bioética: abrangência e dinamismo. In: Barchifontaine CP; Pessini L. Bioética: alguns desafios. São Paulo: Loyola, 2001.
7. Barchifontaine CP, Pessini L. Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus; 1996.
8. Barchifontaine CP. Bioética e políticas demográficas. *O mundo da saúde* 2002 jan./mar; 26 (26): 51- 64.
9. Bastos JRM, Peres SHCS, Ramires I. Educação para a saúde. In: Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003.
10. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis (RJ): vozes; 2002.
11. Beachamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
12. Berlinguer, G. Ética da Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
13. _____ Bioética cotidiana. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2004.

14. Boff, L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
15. Botazzo, C. A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. São Paulo: Instituto de saúde; 1994.
16. _____. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec, FAPESP; 2000.
17. _____. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: Pereira, AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. [Serial on line]. 1997. [Capturado em 01 de março de 2005]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Serial on line]. 2004a [Capturado em 05 de março de 2005]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
20. _____. III Conferência Nacional de Saúde Bucal [Serial on line]. 2004b [Capturado em 06 de março de 2005]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
21. _____. Caminhos para a mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar *educação permanente no SUS* [Serial on line]. 2003. [Capturado em 05 de março de 2005]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
22. Camargo MCVZA. O ensino da ética médica e o horizonte bioética. *Bioética* 1996; 4 (1) : 47-51.
23. Ceccim, R. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública* 2004. 20(5): 1400-1410.
24. _____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface-Comunic, Saúde, Educ.set.2004/fev.2005*. 9(16): 161-77.
25. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. São Paulo: Makron Books; 1996.
26. Charão, RS, Beck, CLC; Trindade, LL, Gonzales, RMB, Grando, M.K. A construção do compromisso ético na formação dos acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. In: Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato

- eletrônico]; 2004 [capturado 09 mar de 2005]; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn, 2005. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>
27. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro: CFO, 2003.
28. Costa, MBS. Gestão dos serviços de saúde pública no estado da Paraíba. In: Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato eletrônico]; 2004 [capturado 09 mar de 2005]; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn, 2005. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>.
29. Coutinho, APA. A ética na prática médica. In: Palácios M, Martins, A, Pegoraro, OA. Ética, ciência e saúde: desafios da bioética. Petrópolis (RJ): Vozes, 2001.
30. Durand G. Introdução Geral a Bioética. São Paulo: Loyola, 2003.
31. Dusilek D. Os desafios contemporâneos da bioética [Capturado em 06 de junho de 2005]. Disponível em: [http://www. Unigranrio. br/comitebioteca.doc](http://www.Unigranrio.br/comitebioteca.doc).
32. Figueiredo JR. Princípios básicos, abrangência e relação da bioética com as biotécnicas da reprodução. Revista CFMV 2002; 27: 17- 24.
33. Fortes, P A DE C. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.
34. Frazão, P. Tecnologias em saúde bucal coletiva In: Botazzo, C. & Freitas, S. F. T., Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: EDUSC/UNESP; 1998.
35. Furtado, L A C e Tanaka O Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. Rev. Saúde Pública 1998; 32 (6): 587-595.
36. Garbin CAS, Mariano, RQ, Machado, TP, Garbin, AJI. Estudo bioético das relações humanas no tratamento odontológico. Rev. Faculdade de Odontologia de Lins 2002; 14(1): 54-9.
37. Garrafa V. Saúde Bucal e Cidadania. Saúde em debate 1993 dez: 41 a 57.
38. _____Bioética e odontologia. In: Kriger L. Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
39. _____A dimensão da ética em saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1995.

40. Germano, RM. A Evolução do Ensino da Ética para Enfermeiros [Serial on line] 1996. [Capturado em 10 de março de 2005]. Disponível em: [http// www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br).
41. Gjermo P, Bellini H T. Aspectos éticos na prática odontológica. In: Buisch Y. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas: EAP-APCD; 2000.
42. Goldim, JR. Princípio da justiça [Capturado em 05 de fevereiro de 2004]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/etica.htm>.
43. _____Princípios éticos. [Capturado em 04 de junho de 2004]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/etica.htm>.
44. _____Modelo de casuística [Capturado em 06 de junho 2004]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/etica.htm>.
45. Gomes JCM. O Atual Ensino da Ética para os Profissionais de Saúde e seus Reflexos no Cotidiano do Povo Brasileiro. *Bioética* 1996; 4(1): 39-45.
46. Jonsen A R. O Nascimento da bioética. In: Pessini L, Barchinfontaine CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Edições Loyola; 2000.
47. Kligerman J. Bioética em Saúde Pública. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002; 48(3): 305-307.
48. Kurse H., Singer P. A companion to bioethics. Inglaterra: Balckweel; 1998.
49. Lolas, F. Bioética: o que é, como se faz. São Paulo: Loyola; 2001.
50. Marchi M. M., Sztajn R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. *Bioética* 1998; 6 : 39-45.
51. Marques M B. Em busca de um fórum para bioética na política pública do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1996 out. /dez; 12 (4): 443-54.
52. Martin LM. Ética em pesquisa: uma abordagem brasileira. *O mundo da saúde* 2002 Jan./mar; 26 (1): 85 a 99.
53. Martins MCFN. A transição estudante-fonoaudiólogo: estudo qualitativo sobre a vivência dos primeiros atendimentos [doutorado]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1998.
54. Matos MS. Uma releitura do documento base da III Conferência Nacional de Saúde Bucal: “Acesso e qualidade, superando a exclusão social”. [Serial on line]. 2004 [Capturado em 07 de março de 2005]. Disponível em: [http//www.saude.se.gov.br](http://www.saude.se.gov.br)

55. Melo LMC. A compreensão dos pesquisadores da Odontologia sobre ética em pesquisa em seres humanos [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2002.
56. Merhy, EE. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, EE, Onocko, R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
57. Molina, A. Bioética: uma abordagem para iniciantes. In: Albuquerque M C, Dias, E. Bioética e humanização: reflexões e vivências. Recife (PE): EDUPE; 2003.
58. Molina A, Pinheiro JT. Considerações Sobre Alguns Aspectos Éticos e Bioéticos envolvidos na pesquisa Biomédica. In: Albuquerque M C, Dias E. Bioética e humanização: reflexões e vivências. Recife (PE): EDUPE; 2003.
59. Moreira AR, Alves M A, Costenaro RGS. O cuidado da enfermagem: Uma abordagem ética-humanizada. In: Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato eletrônico]; 2004 [capturado 09 mar de 2005]; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn, 2005. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>.
60. Morin E. Os setes saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2002.
61. Muñoz DR, Fortes PAC. O Princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa, SIF, Garrafa V, Oselka G. Iniciação a bioética. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 1998.
62. Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. *Bioética* 1996;4 (1).
63. Novaes HMD. Tecnologia e saúde: a construção social da prática odontológica. In: Botazzo C e Freitas S F T. Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo (SP): EDUSC/UNESP; 1998.
64. Oliveira F. Bioética: uma face da cidadania. São Paulo (SP): Moderna; 1997.
65. Oliveira MAF, Fasanaro KT. Dieta e cárie dentária. In: Oliveira AG R da C et al. Odontologia preventiva e social: textos selecionados. Natal (RN): UFRN, 1997.

66. Oliveira MG, Reis S R de A, Andrade M G S, Marchionni A M T. A Odontologia e algumas questões bioéticas: o princípalismo aplicado ao tratamento das neoplasias odontogênicas. Rev. ABO Nac 2003; 60 (3); 162-5.
67. Paula, LEC; Cardozo, EE. As interfaces do conceito de cuidado de enfermagem: ciência e humanização. In: Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato eletrônico]; 2004 [capturado 09 mar de 2005]; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn, 2005. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>.
68. Pinto V G. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo (SP): Editora Santos; 2000.
69. Queluz DP. Recursos humanos na área odontológica. In: Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.
70. Ribeiro ACT. Ética e ciência: aspectos sociológicos. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro OA. Ética, ciência e saúde: desafios da bioética. Petrópolis (RJ): Vozes, 2001.
71. Rodrigues MJ, Moreira OS, Holanda. Aspectos bioéticos no atendimento odontológico às crianças com necessidades especiais. Odontologia Clinico-científica 2003 jan./abr., 2(1): 7-14.
72. Schramm F R. Da bioética “privada” à bioética “pública”. In: Fleury S. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997.
73. _____. A Bioética, seu desenvolvimento e importância para as Ciências da Vida e da Saúde. Revista Brasileira de Cancerologia 2002; 48 (4): 609-15.
74. Sgreccia E. Manual de bioética. I – fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola, 1996.
75. Silva S R. Mais Ética nas Pesquisas. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent 2001 Nov. /Dez; 55 (6): 393-403.
76. Siqueira JE. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. Bioética 1997; 5: 41- 8.
77. _____. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. Bioética 2000; 8(1): 55-67.
78. _____. A arte perdida do cuidar. Bioética 2002; 10(2): 89- 106.

79. Siqueira, B P. Bioética e ética médica. Repensando a arte de ensinar a ciência da vida. *Jornal do CFM* 2001; 16 (131): 8-9.
80. Sória, ML; Bordin, R; Costa Filho, LC. Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6): 1551-1559.
81. Souza E C F de. Bocas, Câncer e subjetividades. *Patografias em análise [tese]*. São Paulo (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
82. _____ Formação e trabalho em odontologia: ampliar a clínica para construir uma nova cultura de cuidado em saúde bucal. 2004 [Capturado em 15 de novembro de 2004]. Disponível em: <http://www.observatorionesc.ufrnet.br>.
83. Smith D M. Dental practice: a paradigm for ethical change. *Canadian Dental Association* 1997; 63 (9): 674-79.
84. Triviños A N S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo (SP): Atlas; 1987.
85. Vasconcellos I C. Ética para a Odontologia. *RBO* 2003 Mar./abr.; 60 (2): 78-79.
86. Veludo, MAM; Simões, ALA. A relação interpessoal entre o profissional da saúde e o usuário: uma revisão conceitual. In: Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. *Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato eletrônico]*; 2004 [capturado 09 mar de 2005]; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn, 2005. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>.
87. Vomero M F. Entendendo a relação paciente/profissional. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent* 2000; 54(4): 267-278.
88. Weyne S C. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. In: Kriger. *ABOPREV Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo (SP): Artes Médicas, 1997.
89. Zancan LF. Dilemas Morais nas Políticas de Saúde: o caso da AIDs. Uma aproximação a partir da bioética [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
90. Zaccanaro L. A ética da responsabilidade de Hans Jonas. In: Barchifontaine, CP, Pessini L. *Bioética: alguns desafios*. São Paulo: Loyola; 2001.

91. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, universidade de São Paulo; 2003.
92. Zoboli ELCP, Martins C L, Fortes P A C. O programa saúde da família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. In: Instituto para o desenvolvimento da saúde, universidade de São Paulo, Ministério da Saúde. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde 2001; p.47-50.
93. Zoboli ELCP, Massarollo MCKB. Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática de enfermagem. O mundo da saúde 2002; 26: 65-70.

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa com o título provisório: **Processo de trabalho em Odontologia e dilemas éticos**, desenvolvida pela mestrandia Adriana Gomes Amorim tem como objetivo analisar os aspectos éticos implicados na prática odontológica a partir da experiência dos cirurgiões-dentistas que atuam no estado do Rio Grande do Norte.

Para coleta dos dados, utilizar-se-á de um roteiro de entrevista semi - estruturado como forma de obter as informações necessárias à realização do estudo. As entrevistas serão gravadas em fita magnética.

Caso o (a) senhor (a) prefira que não seja gravada, a pesquisadora fará anotações das respostas. Será garantido o seu anonimato durante a entrevista, não sendo revelado o seu nome nos resultados da pesquisa. A entrevista será confidencial, sendo realizada em ambiente em que a sua privacidade seja respeitada, estando presente apenas a pesquisadora. Durante a realização da entrevista, o (a) senhor (a) não é obrigada a falar daquilo que não desejar. O tempo de duração da entrevista será de acordo com a sua própria disposição. Estima-se um tempo em torno de quarenta minutos.

Caso o (a) senhor (a) prefira, a mesma poderá ser feita em duas sessões, observando-se a sua disponibilidade.

O presente estudo não oferece nenhum desconforto ou risco para os participantes envolvidos.

AUTORIZAÇÃO

Declaro que após ter sido informado (a) sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada: **Processo de trabalho em Odontologia e dilemas éticos** desenvolvida sob a responsabilidade da mestrandia Adriana Gomes Amorim e sob orientação da Professora Doutora Elizabete Cristina Fagundes de Souza, do Programa de Pós - Graduação em Odontologia Preventiva e Social da UFRN, e tendo sido garantido o anonimato das minhas declarações, bem como o direito de eu não participar ou de me retirar da pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isto traga algum prejuízo para mim, que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos em qualquer tempo na realização da pesquisa, concordei, espontaneamente, em participar desta pesquisa.

Natal, ____/____/____.

Assinatura do entrevistado: _____

Nome do entrevistado: _____

Quaisquer esclarecimentos, favor entrar em contato com os pesquisadores:

Adriana Gomes Amorim
Avenida Amintas Barros, 4650.
Morro Branco – Natal/RN - CEP 59075-250
Fone: 206-5747/9461-1428
e-mail: adrianagomes@superig.com.br
Dra. Elizabete Cristina Fagundes de Souza
e-mail: betcris@terra.com.br

ANEXO II

Roteiro de entrevista

1. Identificação:

Nº da entrevista:

Sexo:

Data:

Duração da entrevista:

Tempo de formado:

Área de atuação:

Instituição na qual se formou:

2. Em relação à dimensão ética da prática odontológica:

- Interrogar se durante a experiência profissional, o cirurgião-dentista já se deparou com alguma situação de conflito ético.
- Se a resposta for positiva, pedir a ao entrevistado que conte a situação e como lidou com ela.
- Questioná-lo a respeito dos motivos a que atribui o surgimento de conflitos de ordem ética durante o exercício profissional.
- Solicitar sugestões para diminuir/evitar tais problemas no trabalho odontológico.
- Perguntar o que seria um dentista ético.

Anexo III

Parecer do comitê de ética

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa Nº 82/04

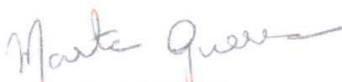
Registro no CEP - UFRN	82/04
Projeto de Pesquisa:	Processo de trabalho em Odontologia e dilemas éticos
Pesquisador Responsável	Adriana Gomes Amorim
instituição	UFRN – Departamento de Odontologia
Área temática	III

A pesquisadora apresentou nova redação ao TLCE, conforme solicitado anteriormente.

Parecer:

Opinamos pela aprovação da pesquisa: **Processo de trabalho em Odontologia e dilemas éticos**

Natal 01 de outubro de 2004


P/ Prof.ª Selma Jerônimo
Presidente do CEP / UFRN