

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

***O ATENDIMENTO A PACIENTES NA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE ENSINO: A PERCEPÇÃO DOCENTE SOB O
OLHAR DA BIOÉTICA***

Evelise Ribeiro Gonçalves

Florianópolis – SC

2005

EVELISE RIBEIRO GONÇALVES

***O ATENDIMENTO A PACIENTES NA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE ENSINO: A PERCEPÇÃO DOCENTE SOB O
OLHAR DA BIOÉTICA***

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do Grau de **Mestre em Saúde Pública**.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas

Linha de Pesquisa: Bioética

Orientadora: **Prof.^a Dr.^a Marta Verdi**

Florianópolis – SC

2005

BANCA EXAMINADORA

***O ATENDIMENTO A PACIENTES NA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE ENSINO: A PERCEPÇÃO DOCENTE SOB O
OLHAR DA BIOÉTICA***

Prof.^a Dr.^a Marta Verdi (Presidente)
Departamento de Saúde Pública – UFSC

Prof. Dr. Volnei Garrafa (Membro)
Departamento de Saúde Coletiva – UnB

Prof.^a Dr.^a Sandra Caponi (Membro)
Departamento de Saúde Pública – UFSC

Prof. Dr. Marco Peres (Suplente)
Departamento de Saúde Pública – UFSC

AGRADECIMENTOS

À **Prof^a Dr^a Marta Verdi**, por ter sido um exemplo de profissionalismo e de serenidade nos (vários) momentos de adversidades durante os anos de curso. Meu sincero e carinhoso agradecimento pela forma como me acolheu, pela sua sempre sábia orientação e acima de tudo, por respeitar meus desejos e idéias.

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, que desde 1980 faz parte da minha vida, quando me recebeu na 2^a série do primário do Colégio de Aplicação. Em 1990, abriu as portas do curso de Odontologia e em 2003, do mestrado em Saúde Pública. Fica aqui meu reconhecimento e desejo para que continue sendo uma instituição pública, gratuita e de excelência na formação de profissionais.

À Coordenadoria do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, pelo apoio.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da UFSC, e em especial ao **Prof. Dr. Marco Peres**, a **Prof.^a Dr.^a Sandra Caponi** e ao **Prof. Dr. Sérgio Freitas**, pelas valiosas contribuições no processo de qualificação.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à **Leila e Helen**, que além de colegas de curso, se tornaram amigas e companheiras de projetos já realizados, e de outros, que com certeza iremos realizar.

Ao **Prof. Dr. Volnei Garrafa** e a **Prof.^a Dr.^a Sandra Caponi** que gentilmente aceitaram fazer parte da Banca Examinadora, dando um brilho especial a essa dissertação.

Aos meus pais, *Aníbal e Maria Esmênia*,
por terem despertado em mim a vontade
de fazer da educação e do conheci-
mento, companheiros de vida.
Esse trabalho só é hoje
uma realidade
devido ao amor
incondicional de vocês.

A minha filha, *Luisa*,
que faz feliz a minha vida e
não me deixa desistir de sonhar.

*“Um experimento é ético ou não na sua
concepção, ele não se torna ético
posteriormente.”*

Henry Beecher

*“O que será de nós quando se perder
a última dignidade do mundo?”*

José Saramago

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	viii
ABSTRACT.....	ix
1 INTRODUÇÃO	9
2. UMA ANCORAGEM BIOÉTICA	12
2.1 A HISTÓRIA E O NASCIMENTO DA BIOÉTICA.....	12
2.2 A BIOÉTICA E A ODONTOLOGIA	17
2.3 O ENSINO DA BIOÉTICA NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE.....	20
2.4 O RELACIONAMENTO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE	22
2.4.1 O direito dos pacientes	24
2.4.2 O princípio do respeito à autonomia.....	26
2.4.3 O princípio da confidencialidade.....	28
2.4.4 O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	30
2.5 A VULNERABILIDADE E O PACIENTE DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE ENSINO.....	32
3 OBJETIVOS	37
3.1 OBJETIVO GERAL.....	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
4 METODOLOGIA	38
4.1 TIPO E DELINEAMENTO DE PESQUISA	38
4.2 SUJEITOS DE PESQUISA	38
4.3 COLETA E REGISTRO DOS DADOS.....	40
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.5 IMPLICAÇÕES ÉTICAS.....	43
5. DESVENDANDO AS QUESTÕES ÉTICAS NO ATENDIMENTO A PACIENTES NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE ENSINO	44
5.1 O ACESSO DO PACIENTE À CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE ENSINO: <i>MOTIVAÇÃO, ATALHOS E DESVIOS</i>	45
5.2 AS INFORMAÇÕES NO ATENDIMENTO: <i>O DAR, O RECEBER E O COMPARTILHAR</i>	53
5.3 AS MANIFESTAÇÕES DO PACIENTE DURANTE O ATENDIMENTO: <i>“LIBERDADE VIGIADA”</i>	67
5.4 O ENSINO SOB O PONTO DE VISTA DO PROFESSOR: <i>O OLHAR PARA A BIOÉTICA</i>	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
7 REFERÊNCIAS	83
A P Ê N D I C E S.....	88
A N E X O S	92

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório descritivo, cujo objetivo foi identificar e analisar, com base na visão docente, as questões éticas que permeiam o atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino de uma universidade pública federal. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas com dez professores de disciplinas clínicas e analisados através da técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin. No processo de análise, quatro diferentes categorias compuseram a caracterização do atendimento e expuseram a vulnerabilidade a qual esses pacientes estão submetidos. A primeira categoria trata do acesso à clínica odontológica de ensino, onde evidenciaram-se questões como o agendamento de pacientes-reserva e o privilegiamento do atendimento de conhecidos de professores e funcionários, além da caracterização do serviço prestado pela clínica de ensino como um presente dado à população e não como um direito. A segunda categoria, discute as informações fornecidas aos pacientes sobre a instituição, o uso do termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e de imagens fotográficas nas clínicas de ensino, além de abordar a forma como as informações pessoais dos pacientes são arquivadas, acessadas e eventualmente reproduzidas. Na terceira categoria, analisou-se as manifestações do paciente durante o atendimento, seu direito de recusa em ser atendido por determinado aluno e sobre a realização de algum procedimento e a relação dessas manifestações com a produção acadêmica. A quarta e última categoria, trata da percepção dos professores sobre o ensino da bioética no cotidiano das práticas pedagógicas da clínica odontológica de ensino, suas dificuldades e necessidades de mudanças, evidenciando-se a importância e a responsabilidade do professor no processo ensino-aprendizagem da bioética ao longo do curso. Além disso, constatou-se que os princípios do respeito à autonomia do paciente e da confidencialidade das informações obtidas durante o atendimento, que serviram de referenciais de análise neste trabalho, são fundamentos imprescindíveis para a construção da competência política e ética dos futuros odontólogos.

Palavras-chave: Bioética – Odontologia – Atendimento a Pacientes – Clínica Odontológica de Ensino – Percepção Docente – Autonomia – Confidencialidade

ABSTRACT

A qualitative, exploratory and descriptive research was performed at a federal public university in Brazil, to analyze, through the teachers perception, the ethical issues involved in the patient attendance at this dental school clinic. Data were collected through semi-structured interviews with ten teachers of clinical disciplines and analyzed based on Bardin's *analysis of content* technique. As a result, four different categories were identified exposing the reality of the attendance and the vulnerability which the patients are submitted. The first category, discusses the access to the dental school clinic, where it were identified particularities as "reserve-patients" and the privilege of attendance of known people, and also the characterization of the service as a "gift" to the population and not as a right. The second category, discusses the information involved during attendance, including the use of the informed consent to therapeutic procedures and photographs images, and also how the personal data of the patients and their radiographs are filed, accessed and eventually reproduced. The third category, discusses the autonomy of the patients during attendance and whether they have the right to refuse a procedure or the attendance by a specific student without consequences for them or for the student's production. The fourth and last category, discusses the teacher's opinion about the bioethical education and their suggestions to make it a reality for the graduate students. It was clear the importance and the responsibility of the dental school teacher during the teaching-learning process and the call for a bioethical education and discussion at this dental school. Besides, it is relevant to emphasize the indispensable role which the principles of autonomy and confidentiality, used in the analysis process, play for the construction of the political and ethical competence of the future dentists.

Key Words: Bioethics – Dentistry – Patient Attendance – Dental School Clinic – Teachers Perception – Autonomy – Confidentiality.

1 INTRODUÇÃO

O Juramento de Hipócrates, obra do período clássico da cultura grega na Antigüidade, expressa o que se caracterizou como a postura tradicional do médico na relação médico-paciente. Essa postura é baseada em um dos princípios da bioética chamado de beneficência, que preconiza sempre trazer o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e danos ao indivíduo submetido à experimentação ou tratamento (GARRAFA, 1997). É também uma postura de caráter paternalista, que determina que cabe ao médico decidir o que é melhor para o paciente. Ainda nos dias de hoje, em pleno século XXI, o juramento continua a ser a expressão dos ideais das profissões da área da saúde, dentre elas a odontologia.

Apesar disso, a relação profissional-paciente sofreu a influência da década de 60, que foi marcada como a era da conquista dos direitos civis, revigorando o debate acerca dos direitos dos pacientes e da ética normativa e aplicada, trazendo à tona questões relacionadas à diversidade de opiniões, ao respeito pela diferença e ao pluralismo moral (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Neste início de milênio, o diálogo entre ciência e sociedade tornou-se relevante e imperativo em razão do impacto direto dos avanços científicos sobre o indivíduo, alterando o comportamento e a própria estrutura social, principalmente, na área das ciências biológicas, devido às infinitas perspectivas que se abriram com o desenvolvimento tecnológico. A bioética surgiu como um esforço interdisciplinar das áreas envolvidas, isto é, das ciências da vida e das ciências da saúde, para reavaliar os valores humanos através da busca de respostas a tantas transformações, questionamentos e conflitos morais (POTTER, 1971).

Esses conflitos iniciaram com o reconhecimento da pluralidade moral da humanidade e com a idéia de que diferentes crenças e valores regem temas polêmicos. A grande dificuldade em mediá-los é saber que não há possibilidade de um desfecho que honre todos os interesses morais de uma sociedade. Nesse sentido, o papel fundamental da bioética é reconhecer que, para mediar os conflitos morais é

necessário encontrar estratégias que se guiem pela tolerância, pelo pacifismo e pelo humanismo (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Quando se pensa em bioética, freqüentemente se pensa em casos de “situações limite”, como a eutanásia, a fecundação artificial e o DNA recombinante, negligenciando-se com freqüência os problemas morais e científicos que envolvem grande número de pessoas na vida cotidiana (BERLINGUER, 1993). Dessa forma, assim como a medicina, a odontologia também tem na sua prática, conflitos morais trazidos por questões como: o advento do HIV/AIDS, o comércio de dentes, as pesquisas que descobrem novas técnicas e biomateriais, os paradoxos entre políticas públicas de saúde e justiça social, e a constante busca da humanização e do respeito aos princípios éticos na relação entre profissional e paciente.

Em tal relação, uma situação específica chama a atenção pela sua peculiaridade: o atendimento a pacientes nas clínicas odontológicas de ensino. Segundo Beauchamp; Childress (2002, p. 475), “dentro de instituições de assistência médica que ensinam futuros profissionais através do atendimento a pacientes, surgem freqüentemente conflitos morais e dilemas éticos.” Podemos interpretar essa colocação do ponto de vista da odontologia e refletir sobre a importância de uma correta orientação dos futuros cirurgiões-dentistas quanto a questões éticas no tratamento do paciente nas clínicas odontológicas de ensino.

Segundo Ramos (2003, p. 165),

o ensino da odontologia, mesmo tendo em seu currículo disciplinas estritamente teóricas, está fortemente baseado em atividades práticas realizadas pelos alunos nas clínicas das universidades. É nessas clínicas que o futuro profissional observa, aprende, exerce ações, assimila condutas e adquire hábitos. Dessa forma, as clínicas dos cursos de odontologia são lugares privilegiados não só para o aprendizado de procedimentos técnicos, mas também para o exercício da reflexão ética dos futuros profissionais.

Nesse contexto, tornam-se claras a importância e a responsabilidade de todo o corpo docente dos cursos de odontologia no processo ensino-aprendizagem, que, devido à realidade dos fatos atuais, deve considerar a reflexão ética como parte essencial da formação dos estudantes. O professor tem importante papel na formação dos futuros profissionais, devolvendo à sociedade um adulto preparado para a atuação profissional dentro da comunidade, respeitando os princípios éticos na relação com seus pacientes (BOSCO, 2003).

Segundo Beauchamp; Childress (2002, p. 475),

o uso de pacientes para ensinar futuros profissionais da saúde não viola necessariamente princípios éticos de relacionamento entre profissional e paciente, desde que se tenha certeza de que os pacientes estão devidamente informados sobre a realidade das instituições de ensino; que não sejam submetidos a riscos desnecessários, e que existam e sejam cumpridas regras rígidas quanto aos princípios do respeito à autonomia do paciente e da confidencialidade das informações obtidas durante o tratamento.

É difícil evitar que existam problemas e conflitos morais nas relações humanas, especialmente, quando elas envolvem também “relações de poder”, como, por exemplo, entre o cirurgião-dentista (que teoricamente detém o conhecimento técnico) e o paciente (que precisa e é submetido a um tratamento). O importante é ter consciência da existência desses conflitos, refletir sobre eles e tentar encontrar uma solução que não coloque nenhum dos envolvidos em situação vulnerável.

No seu cotidiano, as clínicas odontológicas de ensino têm algumas situações peculiares que tendem a potencializar esses problemas e conflitos, principalmente por colocar os pacientes que atende na condição, mesmo temporária, de objeto de ensino para os futuros profissionais.

É importante refletir sobre as diferentes questões éticas envolvidas na relação terapêutica na qual três sujeitos são protagonistas – o paciente, o aluno e o professor. Dentre estes questionamentos, destacam-se: qual a autonomia desses pacientes durante o atendimento? Será que eles têm participação nas decisões relativas ao seu tratamento? Podem recusar determinados procedimentos? São respeitados em relação à confidencialidade das informações obtidas durante o atendimento? Como se processa, nas relações paciente/aluno/professor, o confronto de diferentes interesses, de um lado, a necessidade terapêutica e, de outro, o interesse acadêmico? Há a supremacia de um em detrimento do outro?

Este estudo propõe-se a identificar e analisar algumas dessas situações, tendo os princípios bioéticos da autonomia do paciente e da confidencialidade das informações obtidas durante o atendimento, como referenciais de ancoragem da análise.

2. UMA ANCORAGEM BIOÉTICA

2.1 A HISTÓRIA E O NASCIMENTO DA BIOÉTICA

Ao tentarmos localizar historicamente a bioética, verificamos que não há consenso acerca do marco oficial de seu nascimento. No entanto, é relevante mencionar que, em setembro de 1992, em uma conferência na Universidade de Washington, Seattle, realizada para debater o “nascimento da bioética” e na qual estavam presentes muitos pioneiros da nova ética médica, 1962 foi apontado como o ano de nascimento da bioética. Em novembro desse ano foi publicado pela revista *Life Magazine* um artigo da jornalista Shana Alexander intitulado “*Eles decidem quem vive e quem morre*”. Esse artigo discutia os critérios de seleção dos internos de um hospital para o acesso aos aparatos da hemodiálise recentemente descobertos, uma vez que tal tratamento não poderia ser oferecido a todos. Os médicos envolvidos na seleção defrontavam-se com a tarefa de determinar critérios em questões que não estavam diretamente relacionados à medicina e para muitos, esse fato marcou o nascimento da bioética.

Também alguns acontecimentos contribuíram para que a bioética fosse definida como novo campo disciplinar: as denúncias relacionadas às pesquisas científicas com seres humanos e que mobilizaram a opinião pública norte-americana e suscitaram uma discussão em torno da necessidade de regulamentação ética. O primeiro caso ocorreu em 1963, no Hospital Israelita de Doenças Crônicas de Nova York, quando foram injetadas células cancerosas vivas em doentes idosos (ROTHMAN,1991). O segundo ocorreu entre 1950 e 1970, no hospital estatal de Willowbrook, Nova York, período em que o vírus de uma forma de hepatite foi injetado em crianças com retardamento mental (ROTHMAN, 1991). O terceiro e mais notório caso aconteceu em Tuskegee, Alabama, onde de 1932 a 1972, apesar da descoberta da penicilina em 1945, quatrocentos negros receberam o diagnóstico de sífilis do *U.S. Public Health Service*, o órgão sanitário oficial dos Estados Unidos, e foram propositadamente deixados sem tratamento, com o objetivo de estudar o ciclo natural da evolução da sífilis. A partir da denúncia de uma jornalista, o caso chegou ao conhecimento da sociedade, gerando muitas discussões e revolta, tanto na

comunidade científica, quanto na população em geral. Isso fez com que o governo norte-americano pedisse, em 1996, desculpas públicas àquela comunidade negra pelo acontecido (PARKER; ALVAREZ, 2003).

Em 1966, Henry Beecher, um médico anestesista que colecionava relatos de pesquisas científicas publicadas em periódicos internacionais envolvendo seres humanos em condições eticamente condenáveis, publicou o artigo que mais polêmica gerou na comunidade científica mundial desde as atrocidades praticadas na Segunda Guerra Mundial. O artigo intitulado “*Ethics and Clinical Research*” (Ética e Pesquisa Clínica), foi publicado no **New England Journal of Medicine** e da compilação original de 50 artigos, apresentava 22 relatos nos quais os alvos de pesquisas eram pessoas vulneráveis e com autonomia reduzida: internos de hospitais de caridade, adultos com deficiências mentais, crianças com retardos mentais, idosos, pacientes psiquiátricos, recém-nascidos, presidiários, enfim, pessoas incapazes de assumir uma postura moralmente ativa diante do pesquisador e do experimento (BEECHER, 1966).

Simbolicamente, a comunidade científica reconhece a obra de Van Rensselaer Potter, “*Bioethics: bridge to the future*” (Bioética: uma ponte para o futuro), publicada em 1971, como um marco histórico para a genealogia da disciplina. Cancerologista da Universidade de Wisconsin, Madison, EUA, Potter expressava em seus trabalhos sua preocupação com a democratização do conhecimento científico. Nesse livro, ele diz: “escolho bio para representar o conhecimento biológico dos sistemas vivos, e escolho ética para representar o conhecimento dos sistemas dos valores humanos.”(POTTER, 1971).

O que se questiona é o momento histórico da primeira institucionalização da palavra “bioética”. Segundo a história da bioética, isso teria acontecido através de André Hellegers, um obstetra holandês, contemporâneo de Potter, que trabalhava na Universidade de Georgetown, Washington, e instituiu a bioética como um novo campo de pesquisa da ética biomédica (DINIZ, 2001).

Cumpra também identificar algumas transformações que na década de 60 impulsionaram o nascimento da bioética, primeiro no campo das ciências e depois no da moralidade. Se, por um lado, o grande desenvolvimento tecnológico e científico passou a exigir uma reflexão ética mais apurada dos profissionais das diversas áreas relacionadas à biomedicina, por outro, os anos 60 também marcaram uma época de conquista dos direitos civis e do fortalecimento dos movimentos sociais, o que

favoreceu o debate sobre a ética normativa e aplicada. A importância desses movimentos foi trazer para a discussão, questões relacionadas à diversidade de opiniões e ao respeito ao pluralismo moral.

Todos esses fatos forçaram os especialistas e a sociedade em geral a refletirem e a assumirem uma posição crítica diante da pesquisa científica, não aceitando mais o fato de que o desenvolvimento da ciência estaria acima de qualquer suspeita para o bem-estar e a saúde da humanidade.

Esse foi o momento que permitiu o surgimento da bioética como instância mediadora e democrática para conflitos morais. Esse processo de transformação social e de mudança nos padrões morais de relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente, ocorreu entre as décadas de 60 e 70, caracterizando-se, portanto, como um período marcante na consolidação da bioética como disciplina acadêmica.

Esse período também ficou marcado pela criação, em 1974 nos EUA, da *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Durante quatro anos, essa comissão trabalhou intensamente para estabelecer as diretrizes que deveriam pautar os experimentos com seres humanos. Os trabalhos da Comissão culminaram em 1978 com a criação do “Relatório Belmont”, que assim ficou conhecido por ter sido realizado no Centro de Convenções Belmont, em Elkrigde, no estado de Maryland, EUA, documento ainda hoje considerado um marco histórico e normativo para a bioética. A estruturação mínima proposta pelo relatório, em que três princípios éticos (respeito às pessoas ou autonomia, beneficência e justiça) foram escolhidos para promover as bases conceituais para a formulação crítica e interpretação dos dilemas morais envolvendo a pesquisa científica, foi a motivação que faltava para que a bioética se organizasse definitivamente nos centros acadêmicos e universitários (DINIZ; GUILHEM, 2002).

A bioética que acabou difundindo-se e sedimentando-se nos meios científicos foi a proposta a partir da publicação do livro de Tom Beauchamp; James Childress, *The Principles of Biomedical Ethics* (Os Princípios da Ética Biomédica), em 1979. A obra desses dois autores praticamente pautou a bioética da década de 70 e início dos anos 80, sob uma linha que ficou conhecida como “Princípioalismo”, ou seja, o desenvolvimento da disciplina a partir de quatro princípios básicos (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça). Apesar de não serem absolutos sob o prisma filosófico, estes princípios foram rapidamente assimilados e passaram a

ser a ferramenta mais utilizada pelos bioeticistas na mediação e/ou resolução dos conflitos morais pertinentes à temática bioética (DINIZ; GUILHEM, 2002).

No entanto convém deixar claro que o “Princípioalismo” é apenas um dos vários dialetos da chamada linguagem bioética e não deve ser confundido com a própria disciplina (GARRAFA *et al.*, 1999).

Segundo Pessini (2002), é quase um consenso que o princípioalismo não pode ser visto como um procedimento dogmático infalível na resolução de conflitos éticos. A bioética não pode ser reduzida a uma ética da eficiência aplicada predominantemente em nível individual, embora a ética normativa através dos princípios tenha tido grandes méritos e alcançado sucesso. Em grande parte, nestes poucos anos de existência, a bioética é, principalmente, resultado do trabalho de bioeticistas na perspectiva principialista.

Segundo Anjos (1997), existem atualmente mais de dez diferentes linhas ou dialetos utilizados pela bioética: o contextualismo, o naturalismo, o contratualismo, entre outros. Esta exposição tem como objetivo deixar claro que, nos dias de hoje, caminhamos em direção a uma visão mais globalizada e ao mesmo tempo mais específica do mundo e do contexto atuais.

Cabe aqui ressaltar uma perspectiva mais recente da bioética, denominada bioética latino-americana. Nela, as interrogações mais difíceis giram em torno não de como se usa a tecnologia médica, mas de quem lhe tem acesso. Conceitos culturalmente fortes, como justiça, equidade e solidariedade, vão ocupar na bioética latino-americana um lugar de destaque. Em tal sentido, a bioética na América Latina tem encontro obrigatório com a pobreza e a exclusão social, ampliando a reflexão ética, do nível “micro”, isto é, a solução de casos clínicos, para uma bioética em nível “macro” – relativo à sociedade (SALOMÃO; SILVA, 2002).

Garrafa; Porto (2003) propõem uma *bioética da intervenção* para os “países periféricos”, onde se inclui o Brasil, que têm como problemas da sua realidade “situações persistentes”, tais como: a exclusão social, a inacessibilidade dos grupos economicamente vulneráveis às conquistas do desenvolvimento científico e tecnológico, a desigualdade de acesso das pessoas pobres aos bens de consumo básicos indispensáveis à sobrevivência humana com dignidade, entre outros. Essa proposta romperia com os paradigmas vigentes e reinauguraria um utilitarismo humanitário que buscaria a equidade entre os segmentos da sociedade. Dessa forma,

a igualdade estaria no cotidiano de seres humanos concretos, dando à idéia de humanidade sua dimensão plena.

Schramm (2003) defende a *bioética da proteção*, que atuaria protegendo a qualidade da vida humana, e, considerando que a saúde é uma condição essencial dessa qualidade, pode-se também afirmar que a bioética se ocupa, de maneira geral, com a proteção da saúde de indivíduos e de populações humanas.

A bioética brasileira, portanto, segue esse caminho, buscando enfrentar, mediar e, se possível, dar respostas aos conflitos morais provenientes de diferentes questões, tentando resgatar a visão biosociológica da sociedade, segundo a qual a bioética deixaria de ser a justificção da realidade do mundo, para ser a sua transformação e libertação (BARCHIFONTAINE; PESSINI, 1991).

2.2 A BIOÉTICA E A ODONTOLOGIA

Neste trabalho, pesquisamos algumas situações da prática odontológica que originam conflitos morais e nas quais a bioética atua como mediadora, buscando respostas que tentem conciliar diferentes opiniões e valores, mas respeitando sempre a dignidade humana.

É importante, pois, identificar a origem da profissão odontológica e como ela vem estruturando-se ao longo dos anos, para que melhor possamos compreender o seu papel nos dias de hoje e a sua relação com a bioética.

Nascida no ramo das ciências médicas, a odontologia era considerada até meados do século XIX como atividade artesanal caracterizada apenas pela confecção de peças para substituir dentes perdidos e extrações feitas sob precárias condições técnicas e de higiene. Apenas em 1840 foi criada em Baltimore, Maryland, EUA, a primeira escola de odontologia do mundo: *The Baltimore College of Dental Surgery*. Dos cinco alunos que iniciaram o curso, apenas dois se graduaram, recebendo o título de cirurgião-dentista (RING, 1985).

No Brasil, somente 40 anos depois, em 1884, criou-se o primeiro curso de odontologia independente de um curso de Medicina, inspirado no modelo de Baltimore (RAMOS, 2003). Pode-se dizer que a odontologia experimentou em curto espaço de tempo uma excepcional ascensão, firmando-se como ciência através do estabelecimento dos princípios biológicos básicos dentro do universo das ciências biomédicas.

Na primeira metade do século XX, a história da odontologia brasileira nos mostra uma profissão baseada em um modelo assistencial centrado em consultórios privados. Esse modelo era favorecido pela escassez de profissionais no mercado, determinando que boa parte da população ficasse sem assistência odontológica por ser desprovida de recursos financeiros para pagar os honorários dos profissionais (RAMOS, 2003).

Esse isolamento em consultórios privados afastou os odontólogos do convívio com outros serviços de saúde, assim como do cotidiano profissional dos outros membros da equipe de saúde. Essa realidade talvez seja a responsável pelo tímido e incipiente debate ético-profissional ocorrido no período 1960-1990, quando a grande preocupação era a criação e o respeito a um modelo deontológico focado

somente nas responsabilidades penal e civil dos odontólogos. O principal objetivo era preservar a credibilidade da profissão e se proteger-se contra processos jurídicos (RAMOS, 2003)

Na verdade, a odontologia trabalha com a saúde e a doença, e os profissionais da área devem ter uma visão integral do paciente dentro de um contexto psicossocial. Assim como em outras atividades biomédicas, a odontologia convive com os mesmos dilemas éticos, em maior ou menor grau, vivenciados pela medicina, pela enfermagem, pela psicologia etc. Eles dizem respeito aos conflitos do processo saúde-doença bucal, às inovações trazidas pela biotecnologia, ao advento da AIDS, aos paradoxos na alocação de recursos em saúde e à tentativa de humanização da relação profissional-paciente.

Segundo Garrafa (1997), os conflitos do processo saúde-doença bucal podem ser didaticamente reduzidos a quatro sujeitos essenciais:

- o paciente: que atua ou deveria atuar dentro de uma sociedade democrática, fazendo valer a sua individualidade através dos princípios da autonomia e do direito;
- a comunidade: que funciona ou deveria funcionar com base no princípio da justiça;
- o cirurgião-dentista: que deve atuar pelos referenciais da beneficência, da não-maleficência e da excelência (qualidade);
- o Estado: que deve seguir seu dever e cumprir suas responsabilidades.

As inovações trazidas pela biotecnologia já são uma realidade. As inovações derivadas da tecnologia do DNA recombinante e que podem ser aplicadas na odontologia incluem: teste genético, teste genético de susceptibilidade, *screening* genético, vacinas recombinantes, biomateriais, farmacogenética e terapia gênica. Essas inovações revelam-se promissoras para avanços na prevenção, no diagnóstico e no tratamento em saúde. Além disso, fazem surgir novas questões éticas, legais e morais com as quais a humanidade nunca se havia deparado. Para que os odontólogos saibam utilizar, de maneira adequada, a tecnologia que já está disponível ou estará em um futuro próximo, eles devem receber uma formação específica, que inclua não apenas informações técnicas, mas também uma formação ética que lhes possibilite agir adequadamente na prática clínica.

A discussão dos dilemas éticos na alocação de recursos em saúde engloba a organização de políticas públicas de saúde, bem como dos sistemas de saúde; a priorização de ações, e alocar, repartir ou redistribuir recursos humanos, materiais e financeiros (FORTES, 2002).

A ética em saúde bucal, dentro de um sentido bioético, deve ser entendida, sob o ponto de vista “macro”, como resultante moral do conjunto de decisões e medidas técnicas, políticas e sanitárias que proporcionam ampliação da cidadania e diminuição da exclusão social; e, sob o ponto de vista “micro”, como resultante moral do conjunto de ações clínicas – individuais e coletivas – que melhoram a qualidade de vida das pessoas e redundam em aumento dos níveis de bem-estar e felicidade (GARRAFA, 1997).

Outro aspecto importante dentro dessa reflexão, que relaciona odontologia e bioética, é o advento dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) e a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 obriga toda instituição de saúde no Brasil, onde pesquisas em seres humanos sejam desenvolvidas, a criar Comitês de Ética em Pesquisa. Essas instâncias devem ser diferentes das Comissões de Ética Médica e de Ética de Enfermagem, pois requerem participação multiprofissional e multidisciplinar. Devem contar com número de membros não inferior a sete, dos dois sexos, provenientes das diversas profissões de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, e de preferência que incluir teólogos, juristas, sociólogos, filósofos e representantes dos usuários da instituição. O comitê deve ter total independência para sua livre manifestação e elaboração de pareceres sobre os projetos de pesquisa. O comitê deve ter papel consultivo, educativo, normativo e fiscalizador do cumprimento das normas emanadas pela citada resolução, sendo responsável pela revisão de todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos que estejam sendo desenvolvidos na instituição (FORTES, 2002).

A partir da criação desses comitês, iniciou-se nos ambientes odontológicos o debate acerca das relações pesquisa/sujeito da pesquisa sob uma ótica fundamentada nos referenciais bioéticos (RAMOS, 2003). Como a fronteira entre o ensino e a pesquisa é tênue, e de difícil delimitação, pode-se estender o debate bioético sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, para a eticidade das relações profissional-paciente e do ensino odontológico. Assim, questões como a obtenção do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a realização de procedimentos odontológicos, por exemplo, têm estado com maior frequência na pauta das discussões das equipes responsáveis pelo atendimento em clínicas e ambulatórios (RAMOS, 2003).

No entanto, apesar do aumento da abrangência das discussões sobre ética na odontologia, existe ainda uma grande dificuldade e até um certo preconceito por parte dos profissionais em discuti-la. É possível que essa dificuldade e esse preconceito sejam, em parte, resultado de falta de informação e de fundamentação adequadas.

2.3 O ENSINO DA BIOÉTICA NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

O ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde, entre eles a odontologia, pode ser uma opção para levar informações e fundamentação adequadas para o cotidiano dos profissionais da saúde, e, dessa forma, fazer da discussão ética e bioética uma realidade nesses cursos.

Através dos tempos, nas diferentes carreiras da área da saúde, tal ensino tem-se guiado pelo próprio caminho percorrido pelo processo evolutivo do seu conceito. Assim, as dificuldades encontradas pelos setores jurídicos, políticos e religiosos, entre outros, para adaptar-se às transformações experimentadas pela concepção de ética ao longo dos anos, refletem-se nos currículos universitários (GARRAFA, 1995).

A incorporação de tecnologias na medicina, fato marcante do século XX, é inegável e pode ser encarado como uma das razões do sucesso da profissão médica. Como conseqüência, o conceito de ética e sua aplicabilidade vêm modificando-se nas últimas décadas, trazendo para o dia-a-dia da profissão médica questões que até então eram resolvidas com base na cultura religiosa ou no que podemos chamar de convenções sociais.

O saber médico científico, que antigamente estava disponível apenas dentro dos cursos de formação profissional, democratizou-se com os meios de comunicação, como a televisão, periódicos e a internet. A sociedade também mudou,

e pela primeira vez em nossa história estamos vivendo um período em que os direitos individuais e coletivos conseguem um reconhecimento maior (REGO, 2003).

A formação ética e técnica dos profissionais de saúde é objeto de crescente preocupação nas corporações e na sociedade em geral, e falhas em ambos os aspectos têm sido apontadas como responsáveis pela insatisfação com a assistência à saúde (REGO; PALÁCIOS; SCHRAMM, 2004).

Estudo desenvolvido com o objetivo de apresentar propostas de intervenção em unidades hospitalares, com foco na humanização da assistência, identificou a necessidade de utilizar teorias éticas tanto na análise quanto na elaboração de propostas (REGO *et al.*, 2001). De forma geral, o estudo aponta a necessidade de que tais propostas considerem o processo de desenvolvimento sociomoral dos profissionais de saúde, com o objetivo de superar as limitações impostas pela ética profissional, deontológica. Deveria, portanto, haver uma priorização do desenvolvimento da autonomia em detrimento da pura apresentação de um código de ética. Dessa forma, o profissional seria envolvido e ficaria comprometido eticamente com o processo, ao mesmo tempo que alcançaria o amadurecimento profissional.

Tal proposta vai ao encontro de um consenso que está dominando os meios acadêmicos e centros de formação profissional: o ensino da ética, ou formação moral, é particularmente relevante na formação profissional, sendo a ética profissional deontológica (de leis e códigos de conduta) insuficiente para atender às novas necessidades dos profissionais de saúde (REGO; PALÁCIOS; SCHRAMM, 2004).

A exagerada ênfase nos aspectos técnicos em detrimento dos humanos, e o enfoque estritamente jurídico com o qual são enfatizadas as responsabilidades profissionais, também contribuem para que o paciente seja encarado apenas como um “caso” (RAMOS, 2003).

Além disso, essa excessiva preocupação educacional no sentido de que os códigos de ética profissional sejam formal e rigorosamente acatados e respeitados acarreta distorções, principalmente relacionadas ao fato de que as propostas programáticas disciplinares ficam excessivamente “amarradas” a valores absolutos, restringindo a possibilidade de os estudantes levantarem discussões ou contestações diante de aspectos que julguem incorretos, inadequados ou ultrapassados. A liberdade, que é um dos valores éticos mais importantes a ser transmitido aos futuros trabalhadores da área da saúde, fica assim, com sua abordagem prejudicada, podendo

gerar limitações e distorções na própria formação ética do estudante (GARRAFA, 1995).

A bioética está relacionada com as exigências da sociedade que questionam os próprios limites legais da prática médica, vinculando-se ao exercício da própria cidadania (REGO; PALÁCIOS; SCHRAMM, 2004). Dessa forma, o ensino da bioética deve ser prioritário, mas sem desvalorizar o ensino da ética deontológica profissional, e sempre levando em consideração que o professor ocupa um papel de destaque no processo ensino-aprendizagem. Segundo Ramos (2003):

não basta introduzir na grade curricular a disciplina de Bioética [...] é no olhar para o outro, no caso o professor, que efetivamente aprendemos. Assim, todo o corpo docente de uma instituição de ensino tem sua parcela de responsabilidade nesse aprendizado [...].

Assim, a delegação a docentes sem preparo específico para lidar com tais situações no campo da moral representa um equívoco substantivo, porque possivelmente eles repetirão o senso comum ou adotarão uma visão empirista para o campo da moral e da ética (REGO; PALÁCIOS; SCHRAMM, 2004).

Isso não quer dizer que para discutir bioética seja necessário ser um especialista, o que seria um contra-senso. Discutir aspectos morais da prática em saúde é fundamental para todos os profissionais que nela atuam. Mas cabe assinalar que o profissional que estuda e domina a bioética está mais preparado, do ponto de vista cognitivo, para promover o debate. Como afirma Schramm *apud* Rego (2003, p. 118), “não é tanto dizer que tem que ser assim ou assado, é tentar fazer com que as questões e os argumentos surjam”.

Segundo Marcos (2004), o objetivo do ensino da bioética é contribuir para a formação integral do futuro profissional, passando conhecimentos que orientem uma prática profissional com conteúdo ético, através de pautas, princípios, regras e virtudes gerais e comuns às diferentes áreas das ciências da saúde, dando ênfase à visão do paciente como um todo e colaborando para a correta relação profissional-paciente.

2.4 O RELACIONAMENTO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE

Baseada nos pressupostos hipocráticos, a postura tradicional das profissões da saúde coloca o princípio ético da beneficência como regra básica de

conduta. No entanto, apesar de ser essa ainda hoje a expressão das idéias de tais profissões, pode-se dizer que não é mais unânime.

Nos dias de hoje, quando a discussão bioética já está presente, em maior ou menor grau, nos ambientes acadêmicos, é inadmissível que o livre arbítrio e a vontade do paciente sejam completamente desconsiderados. Pode-se aceitar que tal conduta fosse a base de comportamento da época em que Hipócrates fez o juramento – falamos aqui do período clássico da cultura grega na Antiguidade, final do século V e século IV a.C. – mas não no século XXI.

O ser humano é dono do próprio corpo, e na condição de paciente, deve decidir se quer ter informações sobre sua condição física, diagnóstico, tratamento proposto, prognóstico; ou, se por outro lado, prefere não saber, e escolhe delegar ao profissional a decisão a ser tomada – em ambas as situações, no exercício pleno de sua autonomia.

Segundo Muñoz; Fortes (1998), não se espera que a autonomia seja total e completa. Autonomia completa é um ideal, pois o ser humano é um ser que vive em sociedade, e existem nas relações sociais forte grau de controle, de condicionantes e restrições à ação individual. Mas se o Homem não é um ser totalmente autônomo, isso não significa que sua vida esteja necessariamente determinada por emoções, fatores econômicos e sociais ou influências religiosas. Apesar de tudo, o ser humano pode mover-se dentro de sua própria margem de decisão e ação.

De acordo com os princípios bioéticos, a postura do profissional da saúde em relação ao paciente, é a de consultor, conselheiro e amigo (MUÑOZ; FORTES, 1998). Como **conselheiro**, porque seus conhecimentos lhe permitem esclarecer o paciente sobre as ameaças à sua saúde, como combatê-las, riscos e benefícios; como **companheiro** poderá oferecer seu auxílio sempre que o paciente precisar; e como **amigo** respeitaria a autonomia do paciente, mas não o abandonaria para decidir sozinho.

Beauchamp; Childress (2002) identificam quatro princípios básicos que devem permear o relacionamento entre profissional e paciente.

- **Veracidade:** este princípio baseia-se no respeito devido aos outros; assim, a mentira e a informação inadequadas revelam um desrespeito pelas pessoas, violam contratos implícitos e ameaçam relações de confiança. Ao iniciar um tratamento, o paciente adquire o direito à verdade no que se refere ao diagnóstico, prognóstico, tratamentos etc.

- **Privacidade:** é a limitação do acesso a informação de certa pessoa, bem como do acesso à própria pessoa e a sua intimidade. É a preservação do anonimato e dos segredos. É o direito que o paciente tem de não ser observado sem sua permissão. Esse princípio trata, portanto, entre outras coisas, da obrigação que as instituições de assistência à saúde têm de manter um sistema seguro de proteção aos documentos que contenham informações de pacientes (os prontuários).
- **Confidencialidade:** é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra sua revelação não autorizada. A diferença entre esta e a Privacidade é que somente a pessoa ou instituição a quem a informação é concedida em um relacionamento confidencial pode ser acusada de violar direitos de confidencialidade. Um médico deve preservar segredo absoluto sobre tudo o que sabe a respeito de seu paciente, em virtude da confiança nele depositada.
- **Fidelidade:** esse princípio fundamenta-se mais nos valores da lealdade e da confiança do que em “ser fiel”. O médico é um depositário de confiança do paciente e deve considerar, sob o ponto de vista da lealdade profissional, que seus interesses pessoais devem ser eliminados se entrarem em conflito com os do paciente, e que os interesses do paciente têm prioridade sobre os interesses de outros.

Alguns desses e outros princípios têm maior importância especialmente no âmbito deste estudo e serão, portanto, descritos ao longo do trabalho.

2.4.1 O direito dos pacientes

Em 1803, foi elaborado o primeiro Código de Ética Médica, de autoria de Thomas Percival, que o redigiu por solicitação dos colegas da instituição de trabalho, e se constituiu mais em uma compilação sobre normas e etiqueta, do que em um documento sobre as condutas e os padrões de bem viver que deveriam vigorar na relação dos médicos com os pacientes. O direito de liberdade de escolha do paciente

em nenhum momento recebeu a devida atenção no Código de Percival (COSTA; DINIZ, 2001).

Tendência semelhante apresentou o Código de Ética elaborado pela *American Medical Association* (AMA), em 1847, inspirado no Código de Percival. O Código da AMA acentuava ainda mais o papel autoritário, paternalista e absolutista do médico, quando dizia que “não há outro tribunal senão a própria consciência do médico”, excluindo por completo a participação do paciente na tomada de decisão. Entretanto, uma versão mais recente do mesmo código, de 1957, registra, em seu penúltimo artigo, que o objetivo maior da profissão médica é prestar serviço à humanidade, com absoluto respeito à dignidade e aos direitos dos pacientes (COSTA; DINIZ, 2001).

Segundo Engelhardt (1998, p. 356),

os pacientes estão entrando em um território estranho quando procuram por um profissional da área da saúde, pois entram em um terreno de questões que foram definidas através da longa história das profissões de assistência à saúde. Dessa forma e nesse contexto, os pacientes são estranhos que não sabem direito o que esperar ou como controlar o ambiente, e portanto, constituem uma população que deve ter seus direitos respeitados.

O respeito ao direito do paciente de decidir, após devidamente informado, se determinada conduta lhe interessa ou não, à luz dos riscos e benefícios e da análise das alternativas disponíveis, juntamente com o respeito ao direito de recusa a tratamentos ou na participação em pesquisas, são muito importantes para uma relação profissional-paciente pautada por princípios éticos. Afora as dificuldades de entendimento já esperadas entre médicos e pacientes, qualquer pessoa está apta a assimilar as alternativas de riscos e benefícios da escolha e do impacto de cada escolha à sua condição de vida e bem-estar (COSTA; DINIZ, 2001).

A primeira declaração dos direitos dos pacientes é atribuída ao Hospital Mont Sinai, em Boston – EUA, em 1972. Um ano após, foi publicado o *Patient's Bill of Rights* (Carta dos Direitos dos Pacientes) pela Associação Americana de Hospitais, documento que consagraria como direitos dos usuários de serviços de saúde, a informação e o consentimento (FORTES, 2002).

Em 1995, a questão dos direitos do paciente foi destacada quando o Conselho de Saúde do Estado de São Paulo emitiu a “Cartilha dos Direitos do Paciente”. O documento apresenta a particularidade de ter sido elaborado por organizações autônomas não governamentais e associações voluntárias que atuam na

assistência e na defesa dos direitos dos cidadãos portadores de patologias crônicas. A leitura dos direitos enumerados na Cartilha permite verificar que seu conteúdo baseia-se na ampliação do respeito à autonomia e aos direitos dos pacientes no cotidiano dos serviços de saúde, entre os quais, se destacam o direito de ser informado, o de decidir sobre sua saúde, o direito à reclamação, à privacidade, à confidencialidade das informações e à associação na defesa de seus interesses (FORTES, 2002).

2.4.2 O princípio do respeito à autonomia

A palavra autonomia é derivada do grego “autos” – próprio, e “nomos” – regra, governo, lei, e foi primeiramente empregada com referência à autogestão ou ao autogoverno das cidades-estados independentes gregas. A partir de então, o termo “autonomia” estendeu-se aos indivíduos e adquiriu sentidos muito diversos, tais como os de autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade de vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Algumas teorias da autonomia descrevem os traços da *pessoa autônoma*, que incluem as capacidades do autogoverno, tais como a compreensão, o raciocínio, a deliberação e a escolha independente. Contudo, o ato da decisão nos leva a focar a *escolha autônoma*, que é, em vez da capacidade de governar, o ato de governar efetivamente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Segundo Garrafa (1997), entende-se por autonomia do paciente seu direito de decidir se aceita ou não o tratamento proposto, após ser informado sobre todos os elementos relacionados com uma ou mais possibilidades ou propostas terapêuticas.

No entanto, segundo Beauchamp; Childress (2002), uma pessoa autônoma que assina um formulário de consentimento, sem lê-lo ou compreendê-lo, está habilitada a agir de forma autônoma dando um consentimento informado, mas na realidade ela não fez isso. Os debates sobre a capacidade e a escolha autônoma questionam se os pacientes ou sujeitos são capazes, psicológica ou legalmente, de tomar decisões adequadas. A capacidade para decisão, portanto, está intimamente ligada à decisão autônoma e às questões sobre a validade do consentimento.

Nas relações sociais, existe sempre um forte grau de controle e restrições ao indivíduo. Anjos (2000) descreve o princípio da autonomia além dos enfoques filosóficos. Para ele, a reflexão sobre o tema realça também as bases sociológicas com que as autonomias se sustentam ou são ameaçadas, e às vezes até anuladas. O autor enfatiza não só as bases de uma ética do dever, mas também a dignidade da pessoa humana. Pensa não apenas em termos de indivíduos, mas também de grupos e comunidades e como eles, muitas vezes, são vítimas de desigualdades que os subordinam. Dessa forma, questiona o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em algumas sociedades onde a autonomia sociológica dos sujeitos tem um tecido social mais complexo.

O princípio do respeito à autonomia baseia-se nos pressupostos de que a sociedade democrática e a igualdade de condições entre os indivíduos são os pré-requisitos para que as diferenças morais possam coexistir. Nessa “sociedade ideal”, vários entraves morais podem ser levantados, entre os quais o mais importante é até que ponto o indivíduo pode realmente exercer sua autonomia (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Além das desigualdades, existem outras situações que podem fazer com que o indivíduo tenha sua autonomia reduzida e, conseqüentemente, também sua capacidade de decisão. Isto pode acontecer de forma transitória ou permanente, com as crianças, os deficientes mentais, as pessoas em estado de agudização de transtornos mentais, indivíduos sob intoxicação exógena, sob efeito de drogas, pessoas em coma, entre outros. A avaliação da competência de uma pessoa para tomar decisões é uma das mais complexas questões éticas impostas aos profissionais da saúde, pois desordens mentais ou emocionais, e mesmo alterações físicas, podem comprometer a apreciação e a racionalidade das decisões reduzindo a autonomia do paciente e dificultando a determinação dos limites precisos da capacidade individual de compreensão, de deliberação e de escolha racional (FORTES, 2002).

Além disso, segundo o autor, para garantir a liberdade de consentir é preciso que a prática dos profissionais de saúde esteja imbuída da noção do respeito ao princípio da autonomia individual, pois com o domínio psicológico, os conhecimentos especializados e as habilidades técnicas que possuem, os profissionais podem inviabilizar a real manifestação da vontade da pessoa com quem se relacionam, violando sua autonomia.

“Violar a autonomia de uma pessoa é tratá-la meramente como um meio, de acordo com os objetivos dos outros, sem levar em conta os objetivos da própria pessoa.” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 143).

2.4.3 O princípio da confidencialidade

Segundo Beauchamp & Childress (2002), o respeito ao princípio da confidencialidade se traduz pela garantia do resguardo das informações dadas em confiança a uma instituição ou pessoa e a proteção contra a sua revelação não autorizada.

Ao conceder a outras pessoas acesso à nossa história ou ao nosso corpo, perdemos necessariamente, em alguma medida, nossa privacidade, mas por outro lado, também mantemos em princípio, algum controle sobre as informações geradas a nosso respeito, ao menos em contextos terapêuticos, diagnósticos e pesquisas. Quando outros têm acesso a informações geradas durante o atendimento médico sem o nosso consentimento, às vezes dizemos que seu acesso infringe nosso direito de confidencialidade e, outras vezes, que infringe nosso direito de privacidade. Segundo Beauchamp & Childress (2002, p. 453), a diferença é a seguinte:

uma violação do direito de confidencialidade de X só ocorre se a pessoa a quem X revelou a informação em confiança não protege a informação ou deliberadamente a revela a um terceiro sem o consentimento de X. Em contraposição, uma pessoa que, sem autorização, entra na sala de registros ou no banco de dados do computador de um hospital, viola direitos de privacidade e não de confidencialidade. Somente a pessoa ou instituição a quem a informação é concedida num relacionamento confidencial pode ser acusada de violar direitos de confidencialidade.

Em outras palavras, podemos afirmar que informações obtidas pelo profissional da saúde durante o relacionamento profissional-paciente são confidenciais e, normalmente, não podem ser reveladas, a não ser com o devido consentimento do paciente (SINGER, 2004). Além de ser um princípio bioético, a confidencialidade expressa também o respeito pela autonomia do paciente, já que todos têm o direito de escolher quem tem acesso às suas informações pessoais.

As informações contempladas no espectro da confidencialidade são aquelas que guardam uma previsão razoável de que, se reveladas, poderão causar danos ao indivíduo. O caráter sigiloso das informações deve ser observado nas comunicações orais ou escritas com outros profissionais, com a imprensa ou autoridades; quando reveladas por cartas, boletins médicos, discussões de casos, conferências ou congressos científicos com exibição de imagens, fotografias, radiografias ou documentos em geral, e nas perícias e auditorias. Essa preocupação está reforçada na Cartilha de Direitos do Paciente (art. 24), que reafirma o direito do mesmo à manutenção da confidencialidade de suas informações (FORTES, 2002).

Segundo o autor, uma situação peculiar, nesse contexto, é a presença de estudantes que se preparam para o exercício de suas futuras profissões de saúde. Para sua formação profissional necessitam conhecer informações sigilosas. Respeitando o princípio da autonomia, os pacientes devem ter conhecimento de que estão sendo tratados por estudantes; têm direito de manter segredos perante o estudante, caso os concebam como potencialmente danosos, e devem emitir seu consentimento sobre as informações a serem compartilhadas pelos estudantes. Estes, por sua vez, também devem manter as informações sob sigilo.

No entanto, há exceções admitidas e justificáveis ao tipo de informação que pode ser considerada confidencial nas políticas e nas práticas de saúde. Podem ser estabelecidos, por exemplo, limites externos à confidencialidade, por meio de obrigações legais, como nos casos em que profissionais são obrigados a relatar ferimentos a bala ou doenças venéreas, fundamentados na preservação da saúde da coletividade, ensejando evitar a propagação de determinadas moléstias que as autoridades considerem de notificação compulsória.

Além disso, se um paciente ou um indivíduo que participa de uma pesquisa autoriza a liberação a outros de informações envolvidas nas pesquisa, não há violação de direitos de confidencialidade, embora possa ocorrer uma perda de confidencialidade e da privacidade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Na odontologia, a prática de fotografar pacientes vem tornando-se bastante comum entre os profissionais, o que suscita, conseqüentemente, dúvidas sobre o respeito a confidencialidade de informações obtidas durante o relacionamento profissional. Essa prática também se tornou rotineira dentro das clínicas odontológicas de ensino e é, por isso, um dos temas importantes abordados neste trabalho. Dentre os motivos para fotografar o paciente odontológico, estão: a

documentação de casos clínicos de interesse acadêmico; o acompanhamento ortodôntico; a motivação do paciente e do profissional com a evolução do tratamento; a publicação de artigos científicos; *marketing*, entre outros. Por outro lado, essas mesmas fotos podem ser elementos importantes para a pesquisa, a educação, o monitoramento de tratamentos e a divulgação de novas técnicas.

Além da questão da confidencialidade das informações obtidas, o dilema ético dessa prática, quando realizada dentro da clínica odontológica de ensino, engloba, a vulnerabilidade dos pacientes, que nem sempre são informados, esclarecidos e consultados a respeito da prática. Nessa relação, o consentimento do paciente mostra-se como elemento essencial, sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido um de seus instrumentos.

2.4.4 O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Desde os relatos das atrocidades cometidas em pesquisas com seres humanos durante a Segunda Guerra Mundial, que culminaram nos julgamentos e na elaboração do Código de Nuremberg em 1947, a questão do consentimento tem estado em primeiro plano nas discussões da ética biomédica. O termo “Consentimento Informado” só aparece uma década após esses julgamentos e só recebe uma análise detalhada em 1972. Recentemente, o enfoque se transferiu da obrigação do profissional da saúde ou do pesquisador de *revelar* a informação, para a qualidade do *entendimento* e do *consentimento* de um paciente ou sujeito de pesquisa. Atrás dessa modificação, estão a ênfase na autonomia e o respeito aos códigos de ética médica e ética em pesquisa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

No Brasil, a partir da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi criada a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que estabelece a regulamentação sobre a proteção aos seres humanos envolvidos em pesquisa. A resolução também determinou que toda pesquisa efetuada em seres humanos deve conter, entre outros componentes, um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)”, com o qual o paciente autoriza o pesquisador a realizar os procedimentos previstos na metodologia.

O objetivo do TCLE é esclarecer e proteger o sujeito da pesquisa, e o pesquisador, que, por esse meio, manifesta seu respeito à ética no desenvolvimento do trabalho. O TCLE deve sempre ser elaborado em duas vias, sendo uma cópia para o sujeito da pesquisa e outra para o pesquisador.

A pessoa autônoma tem o direito de consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que afetem ou venham a afetar sua integridade físico-psíquica ou social. A informação é a base das decisões autônomas do paciente. Mas a pessoa pode ser informada e não estar esclarecida, quando não entender o sentido das informações fornecidas, principalmente, quando elas não forem adaptadas às suas circunstâncias culturais e psicológicas. Portanto, as informações que chegam ao paciente devem ser simples, aproximativas, inteligíveis, leais, respeitadas e adaptadas ao nível intelectual do paciente, caso contrário, podem transformar-se em desinformação (MUÑOZ; FORTES, 1998).

Mesmo quando os sujeitos de pesquisa ou tratamento são pessoas que gozam de autonomia plena, para que esta seja exercida plenamente são necessários o entendimento e a auto-decisão da pessoa em participar ou não da pesquisa que lhe é apresentada. O julgamento quanto às conseqüências para si e para outros envolve uma disposição individual inteiramente única, que depende diretamente da capacidade de entendimento do sujeito sobre o assunto da pesquisa ou tratamento (PALÁCIOS, 2002, p. 168).

Segundo a autora, a elaboração do TCLE de forma que os sujeitos compreendam a pesquisa é importante, mas não suficiente. As circunstâncias que envolvem a sua assinatura são importantes temas de reflexão por parte dos pesquisadores e CEPs, uma vez que tais circunstâncias podem criar constrangimentos para o sujeito.

Aceita-se que o profissional exerça ação persuasiva, mas não a coação ou a manipulação de fatos ou dados. Persuasão é entendida como a tentativa de induzir alguém por meio de apelos à razão para que livremente aceite crenças, atitudes, valores, intenções ou ações advogadas pela pessoa que persuade. Já a manipulação é a tentativa de fazer com que a pessoa realize o que o manipulador pretende, desconhecendo seu intento (FORTES, 2002).

Anjos (2000) em estudo realizado em 1998 na América Latina, com o intuito de demonstrar que, a autonomia sociológica dos sujeitos tem um tecido social complexo e não permite ser compreendida apenas em relações entre profissional e

paciente ou entre pesquisador e sujeito de pesquisa. A autonomia das pessoas passa hoje pelo saber tecnológico combinado com o poder político e econômico. Pessoas despojadas do poder ficam vulneráveis e podem sofrer desrespeito a sua autonomia.

Um exemplo claro disso é a prática comum da assinatura de “termos de responsabilidade” em hospitais, ou mesmo do termo de consentimento para tratamento, no caso das clínicas odontológicas de ensino, como requisito para uma pessoa poder ser atendida nas referidas instituições. Segundo Fortes (2002), se pesquisarmos sobre a matéria, provavelmente teremos como resultado o fato de poucas pessoas se recordam do conteúdo dos documentos que assinaram para poderem ser internados ou atendidos nos estabelecimentos de saúde. O autor ainda salienta que o consentimento dado não é imutável, pode ser modificado ou mesmo revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que ao paciente sejam imputadas sanções morais ou administrativas.

2.5 A VULNERABILIDADE E O PACIENTE DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE ENSINO

O espírito crítico da bioética e sua potencialidade para lutar pela dignidade humana e pelos grupos socialmente oprimidos é inegável. No entanto, desde o seu surgimento, a disciplina vem dando pouca atenção aos grupos vulneráveis, apesar de nunca se ter falado tanto neles no campo da ética aplicada às ciências da saúde como na atualidade. Ao falar em vulnerabilidade e das questões políticas, sociais ou humanitárias que ela engloba, deve-se atentar para algo a que os bioeticistas de certa forma não dão a devida importância: os padrões sociais de desigualdade (DINIZ, 2001).

No Brasil, a Constituição de 1988 estabeleceu formalmente que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que deve implementar políticas econômicas e sociais que assegurem esse direito. No entanto, cabe questionar se esse princípio constitucional é realmente eficaz e se, apesar dele, as elites econômicas e políticas do país desejam que a assistência à saúde seja realmente um reflexo dos dizeres da constituição (FORTES, 2002).

De forma geral, as sociedades latino-americanas caracterizam-se por uma escassez global de recursos e pela geração de práticas discriminatórias que tendem a transferir os recursos já escassos em benefício preferencial dos mais abastados (KOTTOW; ANJOS, 2000, 2003). São, portanto, sociedades marcadas por severas desigualdades sociais, e é nesse contexto que se insere este estudo.

O sistema brasileiro de assistência à saúde, no qual se incluem as clínicas odontológicas de ensino, pode ser caracterizado como o que Engelhardt (1998) classifica de “sistema de assistência à saúde de várias camadas”. Segundo o autor, são sistemas que, por um lado, proporcionam certa quantidade de assistência à saúde para todos através de recursos estatais, enquanto permitem àqueles com melhor condição financeira, comprar serviços adicionais ou de luxo, através das diferentes modalidades de serviços privados.

Em outras palavras, não apresenta condições para dar conta da integralidade das necessidades de todas as pessoas, mesmo que ocorra um substancial aumento dos recursos investidos no setor da saúde e nas causas básicas responsáveis pela maioria das condições de saúde da população (FORTES, 2003).

O descumprimento do direito à saúde é facilmente identificável na má distribuição de serviços de saúde, nas extensas filas em serviços de emergência, na desmotivação de boa parte dos trabalhadores do setor e na prática indevida e ilegal dos serviços de saúde privados credenciados ao SUS para realizar atendimentos especializados e procedimentos cirúrgicos (FORTES, 2002).

A cobertura insuficiente da assistência odontológica pública também é uma realidade. Não só as vagas para atendimento são insuficientes, como os serviços prestados não vão ao encontro das necessidades da população. O atual governo está comprometendo-se em tentar mudar essa realidade. Recentemente, em outubro de 2004, foram inaugurados 64 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em todo o Brasil. Esses centros prestam serviços gratuitos especializados em Endodontia, Periodontia e Cirurgia, além de possuírem laboratórios de prótese dentária. Os CEOs fazem parte do Programa *Brasil Sorridente*, do governo federal, lançado em março de 2004 e que prevê um investimento de R\$ 1,4 bilhão em diversas ações de saúde bucal. Os CEOs estão localizados em 40 cidades de 15 estados, e o objetivo é que eles se tornem centros de referência e atendam pessoas de cidades vizinhas. A intenção do Ministério da Saúde era de credenciar cerca de 100 centros até o final de 2004 e implantar cerca de 400 centros até o final de 2006,

distribuídos em todos os estados brasileiros em municípios que já apresentarem um histórico de referência em atendimentos especializados em outras áreas (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2004). Portanto, temos motivos para acreditar que a atenção pública odontológica está mudando, apesar de este ser um programa ainda em fase inicial de implantação. Dessa forma, a realidade que encontramos na pesquisa ainda foi outra.

A clínica odontológica da universidade pública onde este estudo foi realizado recebia, na época em que realizamos as entrevistas e contatos (setembro a novembro de 2004), encaminhamentos de consultórios odontológicos das unidades locais de saúde do SUS, não só da cidade onde está localizada, mas também de todo o estado¹. A maioria dos pacientes busca atendimento que esses consultórios não realizam, entre os quais estão: cirurgias de terceiro molar, endodontia, periodontia cirúrgica, próteses, ortodontia e outros².

Por que algumas pessoas procuram o atendimento odontológico das instituições de ensino em busca de tratamentos que não lhes são fornecidos pela rede pública? Imaginamos que, na maioria das vezes, elas não tenham condições financeiras para pagar um tratamento em clínica privada, e encontram nas clínicas das universidades a única chance de realizar os tratamentos especializados de que necessitam.

As desigualdades sociais contribuem para que as pessoas se tornem vulneráveis. De acordo com as Diretrizes Éticas Internacionais do CIOMS (*Concil for International Organizations of Medical Sciences* – Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas) para a pesquisa biomédica, “pessoas vulneráveis são pessoas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses.”

Segundo Macklin (2003), “as pessoas vulneráveis podem ter poder, inteligência, educação, recursos e forças insuficientes ou outros atributos necessários à proteção de seus interesses.” A autora também apresenta uma passagem extraída da versão revisada da Declaração de Helsinque (2000), sobre pessoas vulneráveis:

¹ Informação fornecida pelo setor de triagem do curso pesquisado. O setor de triagem deste curso de odontologia, é o setor responsável pelo agendamento dos pacientes e arquivamento dos seus prontuários.

² Informação fornecida pelo setor de triagem do curso pesquisado.

As necessidades particulares dos que apresentam desvantagens econômicas e médicas têm que ser reconhecidas. Também se requer especial atenção àqueles que não podem dar ou recusar o consentimento por si mesmos, àqueles que podem se sujeitar a dar consentimento em situações de dificuldade, [...].

Segundo Kottow (2003, p. 72), “ser vulnerável significa estar suscetível a, ou em perigo de, sofrer danos”. Para ele, além da vulnerabilidade básica intrínseca à existência humana, alguns indivíduos são afetados por circunstâncias desfavoráveis nas quais, a pobreza e a falta de educação, por exemplo, tornam-nos ainda mais vulneráveis. Sujeitos vulneráveis devem ser protegidos, enquanto os predispostos à vulnerabilidade precisam de assistência para remover a causa da sua fraqueza. Para o autor, a essência dos programas de saúde pública é precisamente evitar o dano que a predisposição aumentada pode causar. Se perguntássemos o que torna os indivíduos ou populações vulneráveis, poderíamos seguir a lógica de Kottow e concluir que o vulnerável sofre de necessidades não atendidas, o que o torna frágil e predisposto a sofrer danos. Cabe à reflexão bioética detectar e condenar tudo o que maltrate pessoas vulneráveis ou predispostas, tomando sempre o cuidado para que, ao evitar a exploração de pessoas vulneráveis, não se acabe silenciando decisões autônomas. A vulnerabilidade é um conceito-chave que deve ser automaticamente considerado quando se pensa em autonomia (ANJOS, 2000).

O princípio do respeito à autonomia é frequentemente associado ao uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em teoria, o termo expressa a intenção e a vontade do pesquisador ou profissional da área da saúde em proteger o sujeito de pesquisa ou tratamento, procurando informá-lo sobre os procedimentos a serem realizados e seus objetivos, buscando sempre o respeito pela vontade do indivíduo em consentir ou não com a realização de determinada ação.

A maioria das clínicas odontológicas de ensino, adotam como prática comum o uso de um TCLE quando o paciente é examinado pela primeira vez, sendo a sua assinatura requisito para que ele seja encaminhado para as disciplinas em que receberá o atendimento que necessita. Algumas disciplinas já adotam um TCLE próprio, com o qual o paciente é informado e consente com procedimentos específicos de sua competência.

Normalmente, os termos de consentimento para tratamento utilizados por clínicas de ensino concentram, em algumas linhas, um grande número de procedimentos e ações a serem realizados e com os quais o paciente teoricamente

consente ao assinar. Também em teoria, o objetivo é a informação e o respeito à autonomia dos pacientes, mas segundo Fortes (2002), já citado anteriormente, se pesquisarmos sobre a matéria, provavelmente encontraremos que poucas pessoas se recordam do conteúdo dos documentos que assinaram para poderem ser internadas ou atendidas em estabelecimentos de saúde.

A pessoa que torna-se vulnerável devido a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico, pode sofrer desrespeito a sua autonomia. Quem garante que os pacientes dessas clínicas odontológicas, quando assinam o TCLE consentindo na realização dos vários procedimentos ali descritos, estejam realmente bem-informados sobre, cientes a respeito e de acordo com tais procedimentos? Principalmente porque, com frequência, a assinatura do termo vincula-se explicitamente com o acesso ao serviço. Não devemos esquecer que, devido a alta competitividade, a obtenção de uma vaga para atendimento nessas instituições representa uma conquista para a maioria dessas pessoas. Além disso, cumpre questionar: durante o atendimento nas clínicas de ensino, o paciente é tratado de acordo com os princípios éticos que devem pautar o relacionamento profissional-paciente ou fatores relacionados à peculiaridade dessas clínicas acabam por silenciar decisões autônomas?

Estes e outros questionamentos, surgem quando se reflete mais profundamente sobre a realidade das clínicas odontológicas de ensino e sobre qual seria o real significado e as possíveis conseqüências da situação vulnerável criada pelas desigualdades sociais as quais essas pessoas estão submetidas, mesmo que elas não estejam, necessariamente, cientes disso. Para concluir, uma colocação de Michel Foucault (1987, p. 125) que pode ser interpretada com base na realidade das clínicas odontológicas de ensino:

Com que direito se pode transformar em objeto de observação clínica um doente ao qual a pobreza obrigou a solicitar a assistência hospitalar? Ele requer um auxílio do qual é o sujeito absoluto na medida em que este foi criado pra ele; mas agora lhe é imposto um olhar do qual ele é objeto, e um objeto relativo, pois o que se decifra nele está destinado a um melhor conhecimento dos outros.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos docentes sobre as questões éticas que permeiam o atendimento a pacientes em uma clínica odontológica de ensino, sob o olhar da bioética.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as estratégias utilizadas para viabilizar o acesso do paciente à clínica odontológica de ensino;
- Conhecer as estratégias utilizadas para informar, esclarecer e assegurar o consentimento do paciente quanto a realização de procedimentos terapêuticos ou de imagens fotográficas;
- Caracterizar as estratégias utilizadas para arquivamento, acesso, uso e reprodução das informações geradas durante o atendimento;
- Analisar o processo de assistência prestada na clínica odontológica de ensino em relação aos princípios do respeito à autonomia do paciente e da confidencialidade das informações obtidas durante o atendimento.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO E DELINEAMENTO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo.

Segundo Minayo (1996), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. As metodologias utilizadas por esse tipo de pesquisa são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Na visão de Gil (1999), a pesquisa de caráter exploratório é a escolhida quando o tema abordado é pouco conhecido, possibilitando uma visão geral sobre determinado assunto. Da mesma forma, o estudo descritivo permite observar, descrever e explorar aspectos de determinada situação.

4.2 SUJEITOS DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada junto a professores do curso de graduação em odontologia de uma universidade pública federal. Os professores entrevistados fazem parte do corpo docente de disciplinas que desenvolvem parcial ou totalmente suas atividades nas clínicas de atendimento da referida universidade. Foram selecionadas dez (10) disciplinas que integram o atual currículo do curso: Cirurgia, Clínica Integrada, Dentística, Endodontia, Estomatologia, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontia, Prótese Parcial e Prótese Total. Foi sorteado um (1) professor(a) de cada disciplina; e todos os sorteados concordaram em participar da pesquisa.

Antes da entrevista com cada professor, foram feitas algumas perguntas (Apêndice 1) com o objetivo de traçar o perfil do entrevistado. As perguntas eram relativas a idade, ano e local de graduação, cursos de pós-graduação realizados,

tempo de trabalho naquela universidade, tempo de trabalho naquela disciplina, regime de trabalho, caráter do exercício do cargo (efetivo ou substituto) e atuação em outra universidade e/ou na prática clínica.

O Perfil dos Sujeitos de Pesquisa

Os dados obtidos revelaram que os sujeitos da pesquisa têm entre 36 e 56 anos de idade, com média de 47,5 anos. Dos 10 entrevistados, 7 são do sexo masculino e 3 do feminino.

Em relação a sua formação, foi possível identificar que os entrevistados concluíram o curso de graduação entre os anos de 1971 e 1990, e 8 entrevistados se formaram na universidade onde a pesquisa foi realizada. Em relação a esse dado, convém ressaltar que essa diferença de 19 anos sugere uma diferença também na formação dos professores entrevistados, já que, provavelmente, houve transformações no currículo do curso de graduação em odontologia nesse período de tempo.

Todos os entrevistados têm algum curso de pós-graduação, sendo que alguns possuem mais de um, entre eles temos: 9 mestres, 8 especialistas, 6 doutores e 1 pós-doutor.

O tempo de atuação na universidade pesquisada variou de 9 a 29 anos, com média de 18 anos de atuação. O tempo de atuação na disciplina que lecionam hoje (na época em que as entrevistas foram feitas) varia também entre 9 a 29 anos, com média de 16,2 anos de atuação.

Dos 10 entrevistados, 5 trabalham em regime de 40 horas, 4 em regime de dedicação exclusiva (D.E.) e 1 em regime de 20 horas; todos eles são professores efetivos do quadro docente da universidade pesquisada. Entre eles, apenas 1 atua em outra universidade e 6 atuam na prática clínica, 5 dos quais em consultório particular e 1 em hospital.

4.3 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

As informações necessárias à elaboração da dissertação foram coletadas pela própria mestranda através da técnica de entrevista semi-estruturada com roteiro previamente estabelecido incluindo 9 perguntas abertas (Apêndice 1).

Segundo Bardin (1977), tal modalidade permite investigar um tema em sua máxima horizontalidade, verticalidade e profundidade, pois poderá descobrir como ocorrem certos fenômenos.

Para validar o instrumento de coleta de dados, foi realizada uma entrevista em fevereiro de 2004 como pré-teste que serviu para realizar ajustes no roteiro de entrevista, mas não foi incorporada à pesquisa. As dez (10) entrevistas que participaram do trabalho foram realizadas em setembro de 2004. Foi feito um contato inicial com os professores nas salas de aula, clínicas, laboratórios ou nas salas de suas disciplinas, para convidá-los a participar do estudo e marcar as entrevistas, caso concordassem. Como já foi citado anteriormente, todos os professores sorteados concordaram em participar da pesquisa, e por sua escolha, todas as entrevistas foram realizadas no ambiente da própria universidade.

As entrevistas foram registradas por gravação em fitas-cassete que posteriormente foram transcritas na íntegra. Duraram de 35 a 45 minutos e transcorreram tranqüilamente, apenas com algumas poucas interferências externas como telefonemas e entrada e saída de pessoas no local da entrevista.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A técnica escolhida para a análise dos dados foi a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Iniciamos o trabalho com leituras exaustivas das transcrições das entrevistas e partimos para a *análise categorial*, com o objetivo de dividir o texto em categorias. Para chegarmos às quatro categorias identificadas, começamos com uma *análise temática*, que é a análise de afirmações acerca de determinado assunto. A partir daí, identificamos alguns temas-eixo, ao redor dos quais o discurso se organizou, e recortamos o texto em função deles, agrupando a sua volta as *unidades de registro*, que podiam ser palavras ou frases que o locutor disse e

que se relacionavam com algum dos temas-eixo identificados. A pré-análise dessas unidades de registro deu origem a pré-categorias que, depois de trabalhadas junto com os temas-eixo, deram origem às quatro categorias de análise desta pesquisa.

Apresentamos a seguir as categorias identificadas para análise, as pré-categorias, e a grade de análise que reúne todos os dados. Essa grade tem o objetivo de facilitar o cruzamento das categorias analíticas com a fala dos entrevistados, tornando mais simples a visualização do sentido geral e completo do material empírico.

1ª categoria

O acesso do paciente à clínica odontológica de ensino: MOTIVAÇÃO, ATALHOS E DESVIOS

Pré-categorias

Condição socioeconômica baixa – paciente carente
 Gratuidade dos serviços
 Problemas financeiros
 Cobertura insuficiente do serviço público odontológico
 Qualidade boa do serviço
 Filas longas – longa espera
 Comércio de vagas
 Privilegiamento para conhecidos de funcionários e professores
 Pacientes-reserva informados e não-informados
 Prioridade de atendimento para casos de interesse acadêmico
 Dificuldades para atender as reais e prioritárias necessidades dos pacientes

2ª Categoria

As informações no Atendimento: O DAR, O RECEBER E O COMPARTILHAR

Pré-categorias

Informações dadas ao paciente sobre a instituição
 Informações dadas ao paciente sobre o atendimento
 Informações dadas ao paciente sobre o papel do aluno
 O termo de consentimento livre e esclarecido
 Uso e reprodução de imagens fotográficas de pacientes feitas na escola
 Arquivamento e acesso às informações pessoais dos pacientes
 Extravio de prontuários
 Arquivos próprios de algumas disciplinas

3ª categoria

As Manifestações do Paciente durante o atendimento: “LIBERDADE VIGIADA”

Pré-categorias

Recusa do paciente ao tratamento proposto
 Recusa do paciente ao aluno para o qual foi designado
 Recusa do paciente em ser fotografado
 Manifestações do paciente e sua relação com a produção do aluno

4ª categoria
O ensino sob o ponto de vista do professor:
O OLHAR PARA A BIOÉTICA

Pré-categorias

Falta de tempo como fator limitante

Reforma curricular

Transferência da discussão bioética para a pós-graduação

Conscientização dos professores

Discussão de temas relacionados à bioética e sua influência na formação dos alunos

Criação de disciplinas específicas que discutam assuntos relacionados à bioética

GRADE DE ANÁLISE

Categorias Entrevistados	MOTIVAÇÃO, ATALHOS E DESVIOS	O DAR, O RECEBER E O COMPARTILHAR	"LIBERDADE VIGIADA"	O OLHAR PARA A BIOÉTICA
PARIS				
LONDRES				
BERLIM				
ROMA				
VIENA				
LISBOA				
MADRI				
OSLO				
ESTOCOLMO				
COPENHAGUE				

4.5 IMPLICAÇÕES ÉTICAS

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996), foi considerada a liberdade de escolha dos sujeitos de pesquisa em participar do projeto ou não. O processo de informação e consentimento iniciou-se com a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), onde constava: o título do trabalho, nome da pesquisadora e instituição responsável pelo curso de mestrado, bem como os esclarecimentos da pesquisadora e seu comprometimento em manter a identidade dos participantes em sigilo, através do uso de codinomes. Os codinomes escolhidos foram os nomes de dez capitais europeias colocadas em ordem aleatória e cada uma delas corresponde a um entrevistado.

Aos sujeitos de pesquisa foi assegurado a fidedignidade das informações obtidas nas entrevistas, bem como o acesso deles aos resultados da pesquisa. Foram também informados sobre os objetivos da pesquisa e esclarecidos sobre a possibilidade de se desligarem do estudo a qualquer momento, sem constrangimentos.

Somente após terem recebido todas as informações e manifestado interesse em participar da pesquisa, assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e entregaram uma delas à pesquisadora, que deu início aos procedimentos para a realização da entrevista.

O projeto desta dissertação foi entregue para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da referida universidade sob o número 243/03, em novembro de 2003, tendo sido aprovado sem restrições na reunião do comitê de dezembro de 2003 (anexo 2). No entanto, vale ressaltar, que, tanto o título do trabalho, quanto os objetivos principal e específicos que constavam do projeto de qualificação e que foram apresentados ao CEP, sofreram uma leve reestruturação de forma e em relação aos termos utilizados, sendo tais alterações não significativas para a realização e o resultado final do trabalho.

5. DESVENDANDO AS QUESTÕES ÉTICAS NO ATENDIMENTO A PACIENTES NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE ENSINO

Neste capítulo, discutimos cada uma das categorias identificadas com base na análise das entrevistas. A primeira categoria, “*O acesso dos pacientes à clínica odontológica de ensino: MOTIVAÇÃO, ATALHOS e DESVIOS*”, trata da percepção dos docentes sobre os motivos que levam as pessoas a procurar atendimento odontológico nas clínicas de ensino e o caminho, freqüentemente difícil, que elas têm de percorrer até conseguir uma vaga para o atendimento. A segunda categoria, “*As informações no atendimento: O DAR, O RECEBER e O COMPARTILHAR*”, trata da percepção docente sobre as informações envolvidas no atendimento dos pacientes na clínica de ensino; como são fornecidas às e obtidas das pessoas atendidas e como são arquivadas e acessadas, incluindo o uso do termo de consentimento para tratamento e a questão do uso e reprodução de imagens fotográficas. A terceira categoria, “*As manifestações do paciente durante o atendimento: LIBERDADE VIGIADA*”, trata da percepção dos docentes sobre a liberdade que os pacientes da clínica odontológica de ensino têm, ou não, de se manifestar durante o atendimento, incluindo a recusa ao tratamento proposto e ao atendimento por determinado estudante, e também a relação da sua recusa ou desistência com a produção do aluno dentro do curso. Por último, a quarta categoria, “*O ensino sob o ponto de vista do professor: O OLHAR PARA A BIOÉTICA*”, trata da percepção dos professores sobre o ensino da bioética no cotidiano das práticas pedagógicas da clínica odontológica de ensino, suas dificuldades, necessidades de mudanças e suas sugestões para fazer da reflexão e da discussão bioética uma realidade dentro deste curso de odontologia.

Para facilitar o entendimento do leitor, marcamos as citações dos autores em itálico, e as falas dos entrevistados em itálico e negrito.

5.1 O ACESSO DO PACIENTE À CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE ENSINO: MOTIVAÇÃO, ATALHOS E DESVIOS

A primeira categoria identificada diz respeito ao acesso das pessoas à clínica odontológica de ensino pesquisada. O nosso objetivo foi identificar a percepção dos professores sobre os motivos que levam as pessoas a procurar o serviço e quais as dificuldades encontradas por eles. Buscamos também identificar se o princípio da autonomia do paciente é respeitado durante o processo.

Entre as diferentes manifestações dos entrevistados a respeito dos motivos que levam as pessoas a procurar o atendimento odontológico da clínica de ensino pesquisada, identificamos duas questões predominantes: a dificuldade financeira das pessoas atendidas e a gratuidade dos serviços, como podemos perceber nas falas abaixo:

“Acho que mais a questão financeira [...]. O paciente é muito carente [...].” (Viena)

“O primeiro eu acho o fator econômico, porque o que a gente vê é que os pacientes que chegam aqui são pacientes carentes.” (Lisboa)

“O principal ponto é mesmo o custo, a questão financeira. Eles sabem que é gratuito, então acho que é o primeiro passo que leva à universidade.”(Madri)

“As razões são na sua maioria socioeconômicas, porque o atendimento é de graça.” (Copenhague)

Na percepção dos professores, a principal motivação para a procura pelo serviço odontológico da clínica de ensino é a condição socioeconômica desfavorável das pessoas, percepção esta unânime entre os entrevistados. Essa percepção é compartilhada por Trindade *et al.* (1999), que dizem que devido a fatores econômicos, sociais ou mesmo de necessidade especial à saúde bucal, tem-se observado crescente procura por atendimento odontológico nessas instituições.

Chamam-nos a atenção o caráter de gratuidade atribuído ao serviço pelos professores e a relação que eles estabelecem com a carência da população que o procura. As clínicas odontológicas de ensino das universidades federais são instituições públicas sustentadas pela sociedade via pagamento de impostos e, portanto, prestam atendimentos previamente pagos pelos cidadãos. Dessa forma,

embora caracterizado como gratuito, o serviço prestado, não é, nem deve ser entendido, de forma alguma, como um presente ou favor feito à população, mas sim como um direito.

A questão da cobertura da rede pública de atendimento odontológico também emergiu das entrevistas como um dos motivos para as pessoas procurarem os serviços da clínica de ensino:

“Primeiro a falta de assistência de uma rede pública [...] eu vejo mais ou menos assim: a falta de assistência – não do atendimento – a saúde integral das pessoas, principalmente no âmbito odontológico.” (Roma)

“Primeiro por questões econômicas, eu acho que esse é o fator principal [...] porque os serviços públicos não oferecem, de um modo geral, a nível de município e estado, condições de suprir as necessidades da população.” (Oslo)

Segundo Fortes (2003, p. 41), “o sistema de saúde do Brasil não apresenta condições para dar conta da integralidade das necessidades de todas as pessoas.” Isso conseqüentemente leva ao descumprimento do direito à saúde, assegurado a todos os cidadãos brasileiros pela Constituição de 1988.

Os serviços públicos odontológicos oferecidos pelas unidades locais de saúde prestam atendimentos básicos que não suprem integralmente as necessidades da população. Talvez seja por isso, que na clínica de ensino pesquisada, os serviços especializados como os de ortodontia, cirurgia de terceiros molares, periodontia cirúrgica, endodontia e próteses estão entre os mais procurados³.

Como já mencionado anteriormente, o programa *Brasil Sorridente*, lançado em março de 2004 pelo governo federal e ora em fase inicial de implantação, prevê o investimento de R\$ 1,4 bilhão para instalação e manutenção de CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas) em todo Brasil. Esses centros têm o objetivo justamente de suprir as necessidades da população em serviços odontológicos especializados (CFO, 2004).

Segundo Kottow (2003, p. 73), “quem sofre de necessidades não atendidas fica em situação vulnerável, frágil e passível de sofrer danos”. Pensamos que as pessoas que procuram a clínica odontológica de ensino podem ser colocadas em uma situação de fragilidade, pois o fazem freqüentemente em busca de serviços pelos

³ Informação fornecida pelo setor de triagem do curso pesquisado.

quais não têm condições de pagar e que não estão disponíveis na rede pública de atendimento odontológico.

Os professores relataram situações às quais as pessoas que procuram a clínica de ensino devem submeter-se para serem atendidas. A primeira delas é a dificuldade para conseguir uma vaga, passando por longo tempo de espera, e peculiaridades como o comércio de vagas, o privilegiamento do atendimento a conhecidos e a questão dos “pacientes-reserva”.

O tempo médio de espera para receber atendimento varia de acordo com a necessidade do paciente; na época em que a pesquisa foi realizada, não eram abertas vagas para novos pacientes há dois anos e meio, o que deverá acontecer durante o ano de 2005⁴.

Mesmo entre os pacientes já cadastrados há disputa por vagas, refletida nas filas e no longo tempo de espera por atendimento. Essa realidade se reflete na percepção dos professores sobre o longo tempo de espera e o comércio de vagas para atendimento:

“É complicado [...] primeiro ele tem que entrar em uma competição pra poder conseguir uma vaga [...] a saúde aqui é baseada na ‘Topic-terapia’, as prefeituras botam as pessoas dentro de uma Topic e vem volume, vem volume [...] nós temos 200/300 vagas para serem disponibilizadas para tudo: prótese, endodontia, mas a demanda é muito grande. [...] houve uma época que existia um comércio [...] as pessoas vinham pra cá de madrugada, conseguiam a vaga e depois vendiam pra comunidade.” (Roma)

Essa é uma situação que coloca claramente as pessoas em posição vulnerável e inaceitável, se pensarmos que o serviço prestado nas clínicas de ensino é um direito da população, cujo acesso não deveria exigir tanto sacrifício.

A rotina de atendimento prevê que os pacientes sejam atendidos, primeiramente, pela disciplina de Estomatologia, que faz o exame odontológico inicial e a anamnese, estabelece as prioridades de tratamento de cada paciente e o encaminha para a lista de espera das disciplinas⁵. Depois disso, os pacientes deveriam ser chamados para atendimento seguindo a ordem dessa lista; no entanto, a realidade percebida pelos professores é outra. Perguntados se o sistema oficial de triagem de pacientes era respeitado, eles assim se manifestaram:

⁴ Informação fornecida pelo setor de triagem do curso pesquisado.

⁵ Informação fornecida pelo setor de triagem do curso pesquisado.

“A gente gostaria de dizer que sim [...], mas existem algumas coisas que trabalham contra o sistema, ou seja: a influência da amizade, os pacientes recebem números e eles deveriam seguir essa seqüência numérica, mas nem sempre eles são chamados nessa seqüência. É difícil pra mim comprovar isso, mas acho que se alguém ficasse uma semana fazendo uma espécie de auditoria no serviço de triagem, provavelmente se depararia com problemas dessa natureza. Então nem sempre o sistema é muito justo para aqueles que precisam de um atendimento aqui.” (Estocolmo)

“Não necessariamente. Até porque muitas vezes alguns pacientes nos vêm encaminhados por outros colegas de dentro da faculdade que nos pedem ajuda para atender esse ou aquele paciente: um parente, um amigo.” (Oslo)

Segundo Agazzi *apud* Bellino (1997, p. 98), “um verdadeiro empenho ético deve garantir à ciência um máximo de liberdade compatível com o respeito devido aos outros valores em jogo [...] e essas regras valem não só para os peritos e cientistas, mas também para o homem comum.”

O privilegiamento do atendimento de amigos, conhecidos ou parentes de professores ou funcionários expõe o uso de outros critérios para a distribuição de vagas, que não os previamente determinados pela escola, ficando caracterizado um abuso da liberdade dos professores e dos funcionários que desrespeitam as pessoas que aguardam por atendimento. Essa prática traz novamente para discussão a questão da vulnerabilidade dos pacientes, que ficam aguardando a chamada, pensando estar em uma lista de espera que além de ser longa, parece também ser permeada por atalhos e desvios.

Outra situação que emergiu dos dados e que se destaca quando o tema da vulnerabilidade é discutido é a questão dos chamados “pacientes-reserva”. A dinâmica de trabalho adotada nas disciplinas clínicas prevê que o número de pacientes a terem acesso ao atendimento deve corresponder ao número de alunos disponíveis para realizar o atendimento. Os “pacientes-reserva” são assim chamados porque representam um número excedente de pacientes, marcados para ficar aguardando uma chance de serem atendidos em caso, principalmente, de abstenção de algum paciente que foi agendado para aquele dia.

Na questão dos “pacientes-reserva”, foram identificadas duas situações distintas: os pacientes-reserva informados e os não-informados. Entre os pacientes informados, identificamos também duas situações diversas: os que são informados que serão reserva quando são agendados pela triagem, e os que vêm por conta própria

sem estarem agendados e ficam “rondando” próximo à clínica em busca de atendimento. Muitos pacientes são instruídos pelos funcionários do setor de triagem, a ficarem aguardando “sem compromisso” nas salas de espera das clínicas, na expectativa de que algum paciente falte⁶.

Embora não tenha sido o objetivo do trabalho, um aspecto que seria importante conhecer, diz respeito à motivação dos pacientes para se submeterem a situações como essas. Um desses motivos talvez resida na chance de conseguir ser atendido e entrar no “sistema”, valendo a pena esperar longas manhãs ou tardes, para eventualmente receber o atendimento necessário.

Os professores parecem ter também essa percepção, pois quando perguntados sobre o agendamento de pacientes-reserva pela sua disciplina, assim se manifestaram:

“É, pode ter algumas exceções [...] tem um aluno que tem um paciente que não compareceu, aí a gente preenche a vaga. [...] muitos desses pacientes estão esperando e aceitam ser presenteados pela chance de entrar no processo.” (Roma)

Tal situação deixa clara uma contradição que existe no processo: uma pessoa se submete as situações peculiares para conseguir um serviço que na verdade é seu por direito. Além disso, mais uma vez o serviço prestado na clínica odontológica de ensino dessa universidade federal é caracterizado como doação ou presente para a população que a procura.

Especificamente sobre os pacientes-reserva informados, os professores assim se manifestaram:

“[...] sempre tem pacientes-reserva [...], mas ele é avisado. O reserva por telefone é avisado que ele pode não ser atendido, ele vai vir na situação de reserva e ele vai ser atendido somente se houver vaga pra ele, ele já vem sabendo disso [...].” (Copenhague)

No caso dos pacientes reserva informados, podemos discutir se o princípio do direito à autonomia é respeitado, já que eles têm a informação e escolhem ir para a clínica e esperar. No entanto, como diz Anjos (2000, p. 59), “A autonomia de

⁶ Informação fornecida pelo setor de triagem do curso pesquisado.

sujeitos que pertencem a sociedades desiguais tem um tecido mais complexo, e quem está destituído do poder pode sofrer desrespeitos a sua autonomia.”

Nesse caso específico, quem tem o poder é a própria clínica odontológica de ensino e seus constituintes (triagem, professores), que determinam quem vai ou não ser atendido. Segundo Fromm *apud* Bellino, (1997, p. 99), “é o homem comum – com poderes fora do comum – que representa o verdadeiro perigo para a humanidade, e não o malvado ou o sádico.”

Os pacientes-reserva não-informados encontram-se em situação de maior fragilidade e vulnerabilidade, principalmente por serem desrespeitados quando não lhes é fornecida a informação necessária para poderem tomar uma decisão autônoma. É interessante observar que os próprios professores percebem essa vulnerabilidade. Quando perguntado sobre a questão do agendamento de pacientes-reserva não-informados, um deles assim se manifestou:

“Sempre se pede mais [...] um pouco não, normalmente o dobro, vamos ver, se são 20 duplas a gente pede 70 a 80 pacientes novos. Às vezes não dá para atender [...] não deu, aí eles voltam na semana que vem. [...] normalmente eles ficam chateados, mas normalmente são pessoas humildes que estão acostumadas com esse tipo de coisa, né? Eles se conformam, ficam chateadas, mas não existe ninguém que vá dar discurso lá dentro “Ah, não fui atendido etc.”, isso não tenho lembrança de ter acontecido. O máximo que pode acontecer é se lamentar. [...] muitos voltam porque normalmente é falado de uma maneira sutil e educada e normalmente não se espera tanto tempo para avisá-los, quando se percebe que não vai dar, a gente já dispensa.” (Lisboa)

Chama-nos a atenção a “coisificação” das pessoas que está intrínseca nessa prática. O paciente é claramente visto como um *meio*, pela sua necessidade de tratamento; para um *fim*, que é o atendimento que tem que ser realizado pelo aluno. Segundo Fortes (2002, p. 18): “Todo ser humano, quando na posição de paciente, dever ser tratado em virtude de suas necessidades de saúde e não como um meio para a satisfação de interesses de terceiros, da ciência, dos profissionais de saúde ou de interesses industriais e comerciais.”

O número de pessoas que procura por essas instituições de ensino tem-se mostrado superior ao necessário para o cumprimento da grade curricular e à disponibilidade de vagas proporcionadas pelas diferentes disciplinas clínicas, daí

serem, estas instituições compelidas a limitar ou mesmo direcionar o atendimento (TRINDADE *et al.*, 1999).

Tal fato traz para discussão outra situação incluída nessa categoria, que é a prioridade de atendimento para os casos de interesse acadêmico. Quando perguntados sobre o trâmite para o acesso dos pacientes ao atendimento nas suas disciplinas, os professores assim se manifestaram:

“Tem que passar pela Estomatologia. Existem formas de não seguir esse critério: 1º a relevância do caso clínico e interesse do ensino; 2º se a pessoa está no momento precisando do atendimento, o paciente que estava marcado faltou e aí o aluno pode atender; e 3º as urgências odontológicas” (Roma)

“O paciente recebe uma orientação e fica sabendo que no momento que houver uma vaga para o que a gente precise a gente chama. Mas na dependência também daquilo que nos interessa. [...]. Porque uma coisa a gente sempre coloca, que isso aqui é uma escola. [...]. O aluno chega pra nós e diz: ‘Eu ainda não fiz determinado tratamento.’ Se houver um paciente sendo atendido na emergência com essa necessidade, a gente às vezes já faz um repasse imediato. Porque aí une a necessidade do paciente e a do aluno. Porque eu sempre coloco para o pessoal: isso aqui antes de tudo é uma escola, não é um posto de atendimento. Temos um convênio para atendimento, é também para dar atendimento, mas antes de tudo, uma escola.” (Londres)

Entendemos que a clínica odontológica de ensino é uma escola cuja finalidade é formar novos profissionais. No entanto, convém ressaltar que toda pessoa, na condição de paciente, ou seja, quando apresenta necessidades relativas a sua saúde, deve ser tratada para suprir tais necessidades, e não ser prejudicada ou preterida por não apresentar a “necessidade certa” que lhe possibilitaria obter o tratamento.

A percepção dos professores deixa claro que o atendimento de casos de interesse acadêmico são tratados como prioritários à lista de espera e às necessidades dos pacientes, usando como argumento a característica de instituição formadora da clínica odontológica de ensino. Essa situação caracteriza um claro desrespeito, em primeira instância, aos princípios do SUS que garantem o acesso aos serviços de saúde sem qualquer discriminação; e em última instância, é a negação de um direito humano básico, que é o direito à saúde.

A última questão a ser abordada nesta categoria diz respeito à dificuldade de acesso dos pacientes a disciplinas que possam suprir suas necessidades prioritárias. Como o encaminhamento e o acesso dos pacientes às disciplinas são condicionados à existência de vagas, muitas vezes os pacientes são encaminhados para disciplinas que não podem prestar o atendimento de que necessitam naquele momento.

Tal situação é percebida pelos professores, que se sentem incapazes de mudá-la apesar de a condenarem:

“[...] um problema que nós temos e não temos como resolver: nós recebemos uma pessoa, realizamos um diagnóstico, e havia necessidade de um determinado tratamento, mas nós não temos em contrapartida, condições de dar o próximo atendimento imediato.”
(Roma)

“Os pacientes chegam com necessidades mais importantes que a nossa disciplina. Eu acho que deveria haver alguém da nossa disciplina participando dessa triagem para que pudesse aí sim direcionar realmente esse paciente para que ele pudesse ser atendido no momento oportuno. Não como acontece muitas vezes, ele vem encaminhado sem necessidade imediata de atendimento pela nossa disciplina.” (Oslo)

“A gente não vê o paciente como Promoção de Saúde. A gente vê o paciente como uma necessidade para determinado procedimento. [...] muitas vezes a gente recebe, apesar de ter tentado triar os pacientes, os pacientes vêm pra gente com outras necessidades que não as que a nossa disciplina pode suprir. [...]” (Madri)

Como já foi discutido, o paciente da clínica odontológica de ensino é, freqüentemente, visto como um meio, um instrumento, para um fim, que seria possibilitar o aprendizado do aluno. Esse fato por si só já seria questionável moral e eticamente, porém fica pior ainda quando o paciente consegue enfim receber o atendimento, mas não encontra nele a solução para seus problemas prementes, muitas vezes postergando a conclusão do seu tratamento.

Identificamos no processo de ensino do curso uma ênfase nos aspectos técnicos, não valorizando a discussão dos aspectos humanos. Normalmente, o paciente da clínica de ensino é considerado um objeto com necessidades de tratamento, que vão sendo alocadas de acordo com a demanda das diferentes

disciplinas por determinados procedimentos. É ignorado o fato de que todas as necessidades dos pacientes estão interligadas e devem ser atendidas em uma ordem que leve em consideração a promoção da saúde dele, e não a satisfação das necessidades das disciplinas.

Dessa forma, as instituições de ensino podem estar dificultando ou mesmo impossibilitando a seqüência do planejamento de um tratamento odontológico adequado, e assim influenciando diretamente a formação dos futuros profissionais. Essa formação vai assim distanciando-se cada vez mais de um dos seus objetivos, que “é o de consolidar nos estudantes uma visão holística, ética e social da realidade onde se inserem a odontologia e a população que necessita do atendimento prestado por ela” (TRINDADE *et al.*, 1999). Os autores salientam, ainda, que a seqüência dos procedimentos terapêuticos pode representar a diferença entre o sucesso e o fracasso de um tratamento odontológico

5.2 AS INFORMAÇÕES NO ATENDIMENTO: O DAR, O RECEBER E O COMPARTILHAR

Esta categoria trata das informações envolvidas no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino, tanto as gerais sobre a instituição, como as informações pessoais de anamnese, radiografias e fotografias. Buscamos identificar na percepção dos professores, como tais informações são fornecidas às pessoas atendidas e delas obtidas e a maneira como são arquivadas e acessadas. Em outras palavras, enfocamos a forma como as informações na clínica são dadas, recebidas e compartilhadas, e se os princípios do respeito à autonomia do paciente e da confidencialidade das informações são respeitados durante o processo.

Sobre o fornecimento de informações aos pacientes sobre a instituição, foi possível identificar diferentes percepções entre os professores, evidenciando-se as seguintes:

“Ele é esclarecido em relação ao papel do aluno, mas não dá importância. [...] eles sabem que é uma universidade e tal. O que não sabe é que demora, que existe a possibilidade do erro, tudo isso às vezes não está bem esclarecido.” (Copenhague)

“Infelizmente não. Na verdade a única preocupação é com o diagnóstico, planejamento e tratamento, e não se presta nenhum outro tipo de esclarecimento adicional ao paciente, infelizmente. Até seria uma questão a considerar, é uma boa idéia, você explicar para a pessoa como o serviço funciona. Porque às vezes elas estão perdidas pelos corredores e não sabem que nós temos disciplinas e que cada uma das disciplinas oferece um tipo de atendimento.”
(Estocolmo)

Segundo Muñoz; Fortes (1998), “a informação é a base de decisões autônomas do paciente.” É importante que os pacientes atendidos na clínica de ensino sejam esclarecidos sobre a realidade e o funcionamento da instituição; que, devido a sua característica formadora, funciona de forma diferente dos consultórios odontológicos privados e das unidades locais de saúde. Omitir ou negar esse direito resulta no risco do desrespeito ao princípio da autonomia do paciente.

Além de informações sobre o funcionamento da instituição, cabe também ao paciente o direito moral de ser esclarecido sobre os objetivos dos procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos; de ser informado da natureza dos procedimentos, de sua invasibilidade e da duração dos tratamentos; dos benefícios e prováveis desconfortos; de inconvenientes e eventuais riscos físicos, psíquicos, econômicos e sociais. Deve, portanto, ser esclarecido de tudo aquilo que vá fundamentar suas decisões (FORTES, 2002).

Quando é abordada a questão do esclarecimento de pacientes, pensa-se logo no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O curso de odontologia pesquisado utiliza uma “autorização para diagnóstico e/ou execução de tratamento” (Anexo 1). Cumpre ressaltar que essa autorização não é um documento específico, mas está localizada no rodapé da ficha cadastral do paciente, veiculando-se explicitamente ao acesso dele ao serviço.

Sobre o uso de um termo de consentimento para tratamento em suas disciplinas, a maioria dos professores declarou que não utiliza nenhum termo específico, referindo-se, via de regra, à autorização para tratamento utilizada na disciplina de Estomatologia, como “prova” do consentimento do paciente:

“[...] se usa o geral da Estomatologia. Nós não temos nenhum termo de consentimento mais específico da disciplina.”(Oslo)

“Utiliza-se o básico, esse termo que fica no prontuário e é assinado pelo paciente. Normalmente não se utiliza nenhum outro específico da disciplina.”(Madri)

“Ele já vem com o consentimento que ele assinou na Estomatologia. [...] não tem nenhum específico da nossa disciplina, não.”(Copenhague)

A disciplina de Estomatologia é ministrada na 4ª fase do curso e é a porta de entrada para as pessoas que desejam ter acesso à clínica odontológica de ensino pesquisada. O procedimento padrão da escola prevê que os alunos dessa disciplina devem receber o paciente, preencher a ficha cadastral com os dados pessoais dele e apresentar a autorização para diagnóstico e/ou execução de tratamento para que ele assine. Em seguida, devem realizar o exame clínico inicial que vai determinar as prioridades de tratamento do paciente e seu posterior encaminhamento para as demais disciplinas clínicas. Convém lembrar, no entanto, que entre o exame inicial realizado por essa disciplina e a realização do atendimento que o paciente necessita pode haver um longo período de espera, de meses e às vezes até de anos⁷.

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, o TCLE tem a seguinte definição:

anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996)

Pode-se questionar se o que é feito nas clínicas odontológicas de ensino é pesquisa e se nesse caso seria válido e pertinente o uso de um TCLE antes dos atendimentos terapêuticos. Ramos (2003, p. 161) considera que

a fronteira entre o ensino e a pesquisa é tênue e muitas vezes difícil de delimitar, por isso, podemos facilmente transpor o debate bioético sobre a pesquisa envolvendo seres humanos para a eticidade do ensino odontológico e das relações assistenciais que dele advêm. Dessa forma, questões como a obtenção do consentimento do

⁷ Informação fornecida pelo setor de triagem do curso pesquisado.

paciente para a realização de procedimentos odontológicos, por exemplo, têm estado com maior frequência presentes nas discussões das equipes responsáveis pelos atendimentos nas clínicas de ensino.

É muito provável que as informações obtidas durante o atendimento nessas clínicas sejam usadas posteriormente em nome do ensino. Exemplo disso, seria a confecção de *slides* para aulas expositivas com base em casos de interesse acadêmico. Parece-nos então pertinente que, através de um TCLE, o paciente seja informado e esclarecido, e que dê voluntariamente seu consentimento, ou não, antes de iniciar qualquer procedimento na clínica odontológica da universidade.

Segundo Hossne (2003), o TCLE seria “livre”, no sentido de não haver nenhum tipo de limitação a influenciar a vontade e a decisão do sujeito de pesquisa, e “esclarecido”, na medida em que se considera que o compromisso com o sujeito de pesquisa não é apenas de informar, mas também de esclarecer.

No entanto, Zoboli e Fracolli (2001) expõem a existência da vulnerabilidade social, que inclui, entre outros fatores, a pobreza, as desigualdades sociais, o acesso às ações e serviços de saúde e educação. Diante da vulnerabilidade social, deve-se questionar se o sujeito que enfrentou dificuldades para conseguir um atendimento é verdadeiramente livre para exercer sua opção autônoma quando teme que sua recusa ao assinar um termo de consentimento possa resultar em mais demora no atendimento ou mesmo em perder a vaga tão difícil de conseguir.

Deste modo, o que provavelmente acontece é a assinatura do termo, ou da autorização, no caso do curso pesquisado, sem uma cuidadosa leitura e entendimento do seu conteúdo, como parece claro no entendimento dos professores:

“[...] ele quer ser atendido, então ele vai assinando da mesma forma que eu assinei o teu consentimento informado [...] a maioria dos pacientes que vão ler o consentimento informado, eles dão uma “passada” e assinam [...].”(Copenhague)

Além disso, relembramos que a autorização para tratamento do curso pesquisado, da forma como se apresenta ao paciente, vincula-se com o acesso dele ao serviço. Segundo Fortes (2002), na maioria das vezes em que um termo de consentimento é exigido como requisito para permitir acesso aos serviços públicos de saúde, o documento é assinado sem que as pessoas estejam cientes de seu conteúdo, e normalmente quando perguntadas sobre o que assinaram, não se lembram.

Questionamos portanto se a autorização para tratamento utilizada pelo curso de odontologia pesquisado não estaria sendo utilizada muito mais como instrumento de proteção do profissional, em vez de ter a finalidade da informação, dando garantia à dignidade do paciente e respeitando a sua autonomia. As manifestações a seguir deixam clara a intenção de alguns professores:

“Eu acho muito importante a obtenção do consentimento do paciente, porque nós já tivemos muitos problemas com pacientes, por falta de idoneidade do próprio paciente. Aliás, essa é até uma boa idéia, a gente anexar um consentimento na ficha clínica específica da disciplina, já que a gente já obtém tantos dados do paciente, a gente pode fazer ele assinar ali em um pedacinho, autorizando o tratamento.” (Paris)

“Ele assina no início do tratamento e consente com o tipo de tratamento proposto [...] inclusive casos que não dá pra haver uma garantia de tratamento [...] se por acaso alguma coisa acontecer, ele já assinou e concordou com aquele tipo de tratamento.” (Berlim)

“Usamos o geral, e até te explico. Com o tempo nós vamos ter que melhorar isso também, com certeza. Mas os nossos pacientes não estão suficientemente esclarecidos sobre os seus direitos, então a gente não tem, historicamente, muitos problemas com eles. Mas é uma possibilidade.” (Estocolmo)

De acordo com Hossne (2003), o TCLE, tal como é disposto na Resolução 196/96, não é um instrumento de isenção de responsabilidades; é muito mais uma peça básica de proteção à dignidade do ser humano. Infelizmente, em várias partes do mundo, a “cultura” do consentimento tende a encará-lo como peça formal de prevenção contra as demandas de ordem legal.

O uso da autorização para tratamento do curso pesquisado com essa finalidade ou intenção evidencia uma preocupação com a preservação profissional em detrimento do esclarecimento e da proteção do paciente, aspectos fundamentais para uma relação ética.

Uma solução possível seria cada disciplina adotar um TCLE específico, onde descreveria em detalhes quais procedimentos que seriam realizados no paciente (caso ele concordasse) naquela disciplina específica, além dos possíveis riscos e outras peculiaridades de cada disciplina. O termo poderia ser apresentado ao paciente pelo aluno, que usaria o tempo necessário para esclarecê-lo e informá-lo sobre o

tratamento e se colocaria à disposição, juntamente com um professor, para quaisquer esclarecimentos. A assinatura do paciente consentindo com o tratamento e outros procedimentos se dariam quando ele já tivesse tido acesso à disciplina que o vai atender, e não como condição para que o encaminhamento acontecesse. Além disso, o paciente, caso concordasse, estaria consentindo com procedimentos que já iriam iniciar, e não como acontece na prática atual, em que o paciente assina uma autorização para diagnóstico e/ou exceção para tratamento e só vai ser atendido pelas disciplinas clínicas muito tempo, às vezes anos, depois.

Um dos professores relatou não ser procedimento padrão da sua disciplina o uso da autorização para tratamento, mas se manifestou sobre sua finalidade:

“Não, normalmente ele nem assina. [...] eu acho uma grande falha, nós estamos inclusive elaborando um novo prontuário para o paciente que caracterize o consentimento informado. [...]. Eu acho que existem três pontos importantes: um, lógico, a garantia do profissional, outro muito importante é que o paciente vai saber o que vai ser feito; e terceiro, é a pesquisa. Porque hoje em dia [...] pra poder passar por qualquer comitê de ética um dos requisitos é justamente o consentimento informado do paciente. Hoje em dia o comitê de ética, se o ratinho pudesse falar, iam querer ter o consentimento informado até do ratinho, da cobaia, do cachorro. Então isso é muito importante.” (Lisboa)

Pensamos que a opinião dos docentes sobre o significado, a finalidade e a aplicação do termo de consentimento é de extrema importância, já que os professores têm um papel destacado na formação dos novos profissionais.

Parece-nos clara a necessidade de discutir em sala de aula uma prática que é adotada dentro da escola e que tem implicações diretas para o paciente. Por essa razão, chamou-nos a atenção o relato dos professores acerca da inexistência da discussão sobre o TCLE com os alunos da graduação:

“Na nossa disciplina? Impossível.” (Madri)

“Não, não é usual.” (Oslo)

“Não... aula sobre isso? Não. Não se tem isso aí, a nível de graduação, não.” (Copenhague)

No entanto, parece que embora o assunto não seja discutido com os alunos, a discussão existe entre os professores de algumas disciplinas, mas sempre com o enfoque jurídico prevalecendo sobre o ético, de cuidado com o paciente:

“[...] mas as coisas estão mudando, os professores estão sentindo na pele que se não mudarem o procedimento eles começam a se incomodar. Vários processos já aconteceram aqui, contra professores, [...] fica complicado e está sendo assunto de várias reuniões. É uma incomodação para o professor que tem que depor, existe a advocacia da universidade que defende o professor, mas é complicado [...].” (Copenhague)

“Em sala de aula não, mas entre os professores, muitas vezes. Inclusive vários professores já têm, por exemplo, seguro para sua prática. Já existem casos aqui na universidade que o professor foi processado, em função disso, nós temos seguro.” (Estocolmo)

Além de discussões do ponto de vista jurídico, Ramos (2003, p. 162) lembra que

essas discussões, quando acontecem entre os professores, também são marcadas por conflitos entre a mentalidade autoritária dos profissionais e a busca de um entendimento que considere a autonomia do paciente e, conseqüentemente, suas prerrogativas pessoais, que implicam o respeito ao direito de participar das decisões que lhe dizem respeito.

Muitos professores manifestaram seu descontentamento e frustração (por diferentes motivos) por não conseguirem abordar o tema do TCLE em sala de aula. Essas questões serão discutidas na última categoria do trabalho, “O ensino sob o ponto de vista do professor: O OLHAR PARA A BIOÉTICA”.

Abordamos agora uma prática que se tornou bastante comum entre os profissionais da odontologia: fotografar os pacientes. Buscamos saber se era comum na clínica odontológica de ensino pesquisada:

“Ah, sim, acontece bastante. [...].” (Berlim)

“Sim, estou até com a máquina lá em cima.” (Lisboa)

Buscamos saber, então, se ao ser fotografado, o paciente era informado, tanto sobre o procedimento, quanto em relação ao destino final das fotos. Além

disso, quisemos saber se existia um procedimento formal de obtenção do consentimento para realização, uso e reprodução das fotografias:

“[...] eu não faço esse tipo de coisa, mas eu acho que não é pedido o consentimento da pessoa. Acha um caso interessante, alguém pega a máquina, bate a foto e pronto. Eu nunca vi nenhum procedimento pra isso, agora não sei se solicitam depois, pra expôr. Eu não tenho conhecimento e nunca observei isso também. Simplesmente: ‘ah, legal, vamos fazer esse caso aqui’ e pronto.”(Berlim)

Segundo Beauchamp; Childress (2002), a confidencialidade é um princípio bioético que garante o resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra sua revelação não-autorizada. Expressa também o respeito pela autonomia do paciente, já que todos têm o direito de escolher quem terá acesso às suas informações pessoais.

Alguns professores argumentaram que a autorização para tratamento utilizada pela instituição era usada pela sua disciplina para informar o paciente e obter seu consentimento para realizar e reproduzir as fotografias:

“[...] normalmente é comunicado ao paciente que a gente vai fotografar, normalmente só a boca, e o paciente não vai aparecer. [...]. Não é obtido nenhum consentimento. O que é uma falha, né? Mas nesse nosso prontuário especifica isso, pede o consentimento do paciente para fotografia, modelo de estudo e qualquer outro tipo de procedimento.” (Lisboa)

“Se não me engano, nesse consentimento informado do prontuário, há uma autorização onde o paciente cede o direito de reprodução de imagem.”(Madri)

“Não existe nenhum procedimento protocolar “olha, o Sr. assina esse documento pra fazer as fotos e tal”. O que existe é uma comunicação, [...] é falada a verdade pra eles, e na hora lá do consentimento que ele assina lá na triagem, ele está sabendo disso aí. Existe uma cláusula que o caso é usado didaticamente.” (Copenhague)

Chamamos a atenção para o conflito moral criado pelo uso da autorização para tratamento utilizada pelo curso, como forma única de esclarecimento e concordância do paciente com a realização de todos os procedimentos que vão

acontecer dentro da clínica, incluindo fotografias. Isso porque essa autorização, como já discutimos, além de não ser um documento específico, já que está localizada no rodapé da ficha cadastral do paciente, não contempla informações suficientes sobre os procedimentos que serão realizados. Além disso, frequentemente há um longo período de espera entre a sua assinatura e o atendimento propriamente dito.

Alguns professores deixaram clara a sua intenção de usar o termo de consentimento com o objetivo de proteção profissional:

“A gente só pergunta, mas escrito nada. [...] eu agora no doutorado tive vendo essa coisa da Bioética toda, talvez fosse interessante pra gente se respaldar de algum possível processo, de alguma coisa, se a pessoa depois se arrepender.” (Viena)

E outros encaram o uso do termo como obstáculo para a realização de atividades acadêmicas que envolvam a fotografia:

“[...] na nossa disciplina nós não temos nenhum procedimento de obtenção do consentimento. [...] eu acho que isso tem criado umas dificuldades de um modo geral. Pensando em publicações científicas, eu acho muito feias aquelas imagens de rosto de paciente que têm uma tarja preta nos olhos. Ao mesmo tempo, a gente não informa ao paciente que a sua imagem será apresentada em público, então [...]. Há muito tempo atrás, não havia essa dificuldade de ter o consentimento, hoje já existe essa necessidade. Então para os pacientes da graduação a gente não tem solicitado a autorização, mas eu acho que deveríamos, de acordo com os trâmites normais de hoje de todas as instituições e tudo que for de um modo geral exposto publicamente.” (Oslo)

É preocupante que alguns professores ainda pensem que a obtenção do consentimento dos pacientes, para quaisquer procedimentos, represente obstáculo ou algo difícil de fazer. Segundo Higgins (2004), apesar da confusão causada pelo início relativamente recente da discussão em torno da confidencialidade e das conseqüências legais do consentimento informado, não deve haver qualquer tipo de objeção por parte de pesquisadores, que neste caso são também professores, de obter o consentimento dos pacientes para usar informações pessoais, caso isso seja possível de fazer, como é o caso da clínica odontológica de ensino.

Convém lembrar que as instituições de ensino que fazem atendimento a pacientes através de profissionais ainda em formação têm uma realidade peculiar. Os

princípios bioéticos da autonomia do paciente e da confidencialidade de suas informações pessoais devem sempre ser respeitados durante o relacionamento profissional-paciente para que não se criem conflitos morais dentro dessas instituições.

No entanto, esses conflitos parecem estar caracterizados no cotidiano da clínica pesquisada, quando levamos em consideração a percepção dos professores sobre como a questão da obtenção de imagens fotográficas de pacientes é tratada nas diferentes disciplinas.

O princípio da autonomia é desrespeitado devido à falta de informação do paciente em relação ao procedimento que se pretende fazer, em relação ao destino final das fotos, e quanto à falta de obtenção do consentimento livre, esclarecido e voluntário dos pacientes, específico para esse procedimento.

O princípio da confidencialidade também é desrespeitado quando o paciente não é informado nem consultado sobre o uso, reprodução e divulgação de imagens fotográficas pessoais. Sobre o destino das fotos feitas dentro da clínica de ensino, os professores assim se manifestaram:

“Sempre de interesse científico, ou para aula ou para algum artigo.”(Lisboa)

“Eu acredito que as pessoas que fazem isso usem em aula, em publicações, em trabalhos, [...] em cursos fora daqui, especialização, mestrado [...]” (Berlim)

“Aula teórica, geralmente. Publicações também dos próprios alunos em encontros acadêmicos, painéis. O que a gente usa muito aqui, com as fotos da graduação, são publicações dos próprios alunos.” (Copenhague)

“Em congressos, com certeza, e muitas dessas fotografias em publicações, autorizadas pelos pacientes, porque eles permitem a fotografia, eu diria assim ‘autorizadas’ entre aspas, porque eles não firmam isso, eles não assinam nenhum documento escrito.” (Estocolmo)

Já citado anteriormente, os motivos para se fotografar o paciente odontológico são: documentação de casos clínicos de interesse acadêmico, acompanhamento ortodôntico, motivação do paciente e do profissional com a evolução do tratamento, publicação de artigos científicos, *marketing* etc. No entanto, é importante que os profissionais reconheçam que pode ser constrangedor para o

paciente ver sua foto publicada em artigos científicos ou apresentada em congressos e cursos, principalmente se associada ao histórico de alguma doença e sem que ele tenha sido previamente consultado a respeito (SINGER, 2004). Mas entendemos que a finalidade da clínica de ensino é a formação de profissionais. Dessa forma, essas mesmas fotos podem ser elementos importantes para pesquisa, educação, monitoramento de tratamentos e divulgação de novas técnicas.

Uma solução pode ser a informação do paciente, (no dia, hora e local da realização das fotos) sobre a intenção e o propósito do profissional e o destino final das fotos. Caso ele concorde, é recomendável obter o consentimento informado e esclarecido assinado permitindo a realização das fotos e liberando a sua reprodução. Mesmo a realização, reprodução e divulgação de fotos feitas apenas do elemento dental deveriam ser feitas em concordância com o paciente, pois também são informações pessoais.

Na situação específica da realização de imagens fotográficas, o papel do professor na formação de futuros profissionais se torna ainda mais importante, principalmente porque, de acordo com os próprios professores, as fotos são usadas como instrumento de ensino. Sobre a discussão dessa questão em sala de aula os professores assim se manifestaram:

“Infelizmente, não. Eu acho que a gente tem contado muito com a sorte. As coisas funcionam bem, eu diria muito bem, mas a gente tem que se modernizar, seguindo exemplo de países mais desenvolvidos. E esse é um mecanismo que é uma política de atendimento, não pode ser uma iniciativa de uma única disciplina isoladamente, tem que ser uma norma da Escola.” (Estocolmo)

“Pra turma inteira, não, mas para os orientandos que estão fazendo trabalho científico, sim. [...] mas não é um conteúdo de graduação, é uma conteúdo de pós-graduação. Na graduação existem outros conteúdos que são inadiáveis, eu acho. [...] uma aula específica pra toda turma, desse tipo de abordagem até seria interessante, mas acontece que nós não temos tempo.” (Copenhague)

Parece inaceitável que essa prática esteja tão presente no cotidiano das diferentes disciplinas, e que os alunos estejam envolvidos (porque eles mesmos publicam muitas dessas fotos) sem prévia discussão a respeito em sala de aula, acessível a todos os alunos.

A manifestação dos professores também revela duas questões interessantes: a vontade de alguns professores de dar mais atenção à discussão da ética e da bioética, que segundo eles não acontece por falta de determinação da escola, ou de tempo, e pela “transferência” da formação do profissional para os cursos de pós-graduação. A discussão sobre esses temas será feita na 4ª categoria do trabalho.

Abordamos a seguir a questão das informações pessoais de anamnese e radiografias que são obtidas dos pacientes durante o atendimento. Buscamos saber se o princípio da confidencialidade é respeitado em relação a essas informações.

Na dinâmica de acesso ao atendimento, a abertura do prontuário do paciente está prevista como procedimento de rotina. Este prontuário é aberto pelos alunos da disciplina de Estomatologia e consiste de: uma ficha cadastral para os dados pessoais, as informações da anamnese; do exame clínico bucal (incluindo exame periodontal); as radiografias que foram ou serão realizadas naquele paciente durante o atendimento na clínica; e também as prioridades de tratamento determinadas pelos alunos em conjunto com os professores da disciplina. Em outras palavras, é onde devem ficar arquivadas todas as informações produzidas durante o atendimento dos pacientes, com exceção de eventuais fotografias.

Perguntados sobre onde ficavam arquivadas as informações produzidas durante o atendimento na sua disciplina, quem tinha acesso a elas e como se dava esse acesso, os professores assim se manifestaram:

“No prontuário. Ficam na triagem e quem tem a acesso são os alunos dentro de um horário específico e o professor também tem acesso. Eles têm um horário, depois desse horário eles só vão retirar o prontuário com a assinatura do professor. [...] agora, qualquer coisa que ele tirar do prontuário, uma radiografia por exemplo, ele tem que assinar um termo. E se ele também requisitar o prontuário pra fazer análise, ele tem que assinar um termo lá na triagem pra poder tirar isso aí. Pelo menos comigo, foi sempre assim.” (Copenhague)

“Fica tudo arquivado no prontuário. [...] ficam na triagem. [...] normalmente são os alunos que têm acesso, com o pedido do professor, [...] ou o próprio funcionário da disciplina. [...]. Lá na triagem eles são irredutíveis, eles não dão, só se tiver o pedido por escrito ou se o professor for lá. Nós temos livre acesso, o professor.” (Lisboa)

“Ficam nos prontuários e quem tem acesso são os alunos e professores. Vale ressaltar que um aluno só pode tirar um

prontuário de lá com autorização do professor, desde que não seja paciente dele. Se for paciente dele, tranquilo. Inclusive tem horário próprio pra tirar os prontuários, não pode ser a qualquer hora.” (Berlim)

“Ficam nos prontuários. Acesso tem só o aluno com o número do prontuário. [...]. Os professores não autorizam a retirada de prontuários.”(Viena)

Através da manifestação dos professores, percebemos que todas as disciplinas arquivam as informações produzidas durante o tratamento no prontuário e que ele é arquivado no setor de triagem, respeitando, assim, o princípio da confidencialidade das informações.

No que diz respeito à rotina de acesso aos prontuários da triagem, percebemos uma certa confusão e contradição na manifestação dos professores. E isto de certa forma é inusitado, já que como a triagem é um setor que serve a todas as disciplinas, a rotina deveria ser padronizada.

A norma da escola prevê que os prontuários fiquem arquivados no setor de triagem e que sejam retirados pelos alunos apenas durante o período em que estão atendendo o paciente do referido prontuário. Neste caso, não é necessária a autorização do professor, nem verbal, nem por escrito⁸.

Teoricamente, os alunos não podem retirar prontuários fora do horário da aula em que aquele paciente é atendido, salvo com pedido por escrito do professor da disciplina. Os professores também podem pegar prontuários, e caso seja fora do horário de aula, devem assinar uma guia, com seu nome, dia e hora da retirada¹.

Uma questão que emergiu durante as primeiras entrevistas e que decidimos investigar nas seguintes foi o extravio de prontuários:

“[...] é bom que já se fale, acontece muito o extravio de prontuários e com esse extravio se perde toda uma seqüência de determinados tipos de tratamento. [...] eu imagino que muitas vezes erro de colocação em lugares inadequados e quando se procura não acha. Depois de algum tempo, até alguns desses prontuários são achados, mas aí já se fez novas radiografias, por exemplo, novo plano de tratamento, já se abriu novo prontuário.” (Berlim)

“[...] muitas vezes acontece de desaparecer documentos e isso nós só vamos nos dar conta no final do semestre que o aluno tem a obrigação de conferir junto com o professor todo o material que ele

⁸ Informação fornecida pelo setor de triagem do curso pesquisado.

recebeu no início daquele seu paciente que ele é responsável.[...] então foge muitas vezes do nosso controle, embora a gente tenha exigido bastante do aluno o cuidado.” (Oslo)

O extravio de prontuários acontece, mas não é freqüente, e a grande maioria dos prontuários perdidos são logo encontrados, pois haviam sido apenas guardados de forma errônea no arquivo do setor, cujo maior problema atual reside na insuficiência de espaço⁹.

Um dos conflitos éticos causados pelo extravio de um prontuário, é a realização de novas radiografias, como no caso de o extravio ter ocorrido durante a realização de tratamento que dependia de acompanhamento radiográfico. Dessa forma, o que acontece é a exposição desnecessária do paciente à radiação.

Apesar da confusão percebida na percepção dos professores sobre a rotina de retirada e devolução dos prontuários e dos eventuais extravios, o acesso parece estar sendo feito no âmbito correto, que seria o da clínica de ensino, e por pessoas autorizadas e envolvidas de uma forma ou de outra, no tratamento.

Outra situação que pode causar problema semelhante é a prática de algumas disciplinas de manter um arquivo privado de prontuários. Como essa prática é reconhecidamente adotada apenas por duas disciplinas, vamos citar apenas, por motivos éticos, o que um professor de outra disciplina disse a respeito do assunto:

“Algumas disciplinas não deixam sequer as radiografias no prontuário geral do paciente. Elas armazenam em um arquivo próprio da disciplina e utilizam isso como material didático. No caso da disciplina que eu estou citando sem dizer o nome, as radiografias servem como material didático e portanto elas não são liberadas. Nesse caso, a única crítica que eu faço é que se o paciente for atendido em outra disciplina, na outra disciplina os alunos não vão ter acesso às radiografias que estão armazenadas nesse arquivo próprio dessa disciplina, e essa é uma crítica. Acaba expondo duplamente ou desnecessariamente o paciente à radiação, é pequena, mas é radiação, então eu fico um pouco constrangido, mas é desse jeito que funciona.”(Estocolmo)

A questão ética que emerge dessa prática e tem conseqüências diretas para o paciente é a realização de novas radiografias; e, por conseqüência, a desnecessária exposição à radiação, simplesmente porque as radiografias que já foram realizadas

⁹ Informação fornecida pelo setor de triagem do curso pesquisado.

são armazenadas naqueles “arquivos privados” e não podem ser consultadas por todas as disciplinas, se necessário.

A existência desses arquivos suscita alguns questionamentos: sendo a clínica odontológica da universidade uma instituição de ensino, seria correto manter guardadas, em local de acesso restrito a uma única disciplina, informações de pacientes que são comuns a outras disciplinas?

É compreensível e aceitável que cada disciplina mantenha informações sobre os pacientes que já atendeu ou está atendendo, mas informações de pacientes que eventualmente possam ser úteis para outras disciplinas, tais como as radiografias, deveriam ser mantidas no prontuário do paciente que fica arquivado no setor de triagem cujo acesso é facultado a todas as disciplinas.

Diante da questão da confidencialidade das informações obtidas durante o tratamento, neste caso odontológico, sempre existirá o conflito sobre o que deve ser público e o que devemos respeitar como privado ou restrito ao paciente ou a algumas pessoas de sua confiança (COHEN, 1999). No caso das instituições de ensino, tal conflito será sempre entre o princípio da autonomia do paciente, que lhe garante o direito de manter informações pessoais em sigilo, e a necessidade de compartilhar informações, inerente a essas instituições.

5.3 AS MANIFESTAÇÕES DO PACIENTE DURANTE O ATENDIMENTO: “LIBERDADE VIGIADA”

Nesta categoria, são discutidas as manifestações do paciente relativas ao processo decisório de aceitação ou recusa de atendimento por determinado aluno, de realização de imagens fotográficas, do tratamento proposto, bem como sua relação com a produção acadêmica do aluno.

O sistema de marcação de consultas da clínica odontológica pesquisada prevê que o paciente seja designado previamente para ser atendido por determinado aluno, aleatoriamente escolhido. Supervisionado por determinado professor, aluno e supervisor em conjunto determinam as necessidades do paciente e elaboram seu plano de tratamento odontológico.

Buscamos saber se é facultado ao paciente manifestar-se tanto sobre o plano de tratamento proposto, quanto sobre a escolha do aluno que vai atendê-lo. Eis algumas ponderações dos professores sobre a liberdade do paciente em recusar o tratamento proposto e o atendimento por determinado aluno:

“Olha, a recusa de tratamento não é comum. O que acontece às vezes é a questão da incompatibilidade entre paciente e aluno. Mas ao paciente não é dada a liberdade de ‘trocar’ de aluno, com a pessoa que ele começou ele vai acabar.” (Madri)

“Recusa de tratamento não, o que eu observei algumas vezes durante o atendimento foi incompatibilidade entre paciente e aluno. [...] na maioria das vezes a gente tenta contornar a situação pra que esse mesmo paciente fique com esse mesmo aluno. [...] Porque senão pode acontecer de toda hora alguém, ou o aluno não queira o paciente ou o paciente não queira o aluno. Se ele não aceitar mesmo, ele vai perder a vaga ou ser encaminhado para outro lugar [...].” (Berlim)

No atendimento odontológico em clínica privada existe maior liberdade para a pessoa escolher o profissional e o tratamento a ser realizado. Nas clínicas de ensino, essa liberdade ou direito de escolher quem vai ser o responsável pelo tratamento ou pelo cuidado de sua saúde bucal, é restrito e normalmente não chega ao paciente, como se vê no depoimento:

“De um modo geral nós não temos problemas mas eventualmente o paciente solicita pra não ser atendido por aquele aluno. [...] esta é uma situação que assusta, quando a gente pode a gente atende, a gente dá essa liberdade, mas a gente não explica para o paciente que ele tem essa liberdade.” (Estocolmo)

Nesse caso, percebemos que em determinadas situações existe a possibilidade de troca de estudante, mas ainda assim, a ação não é referida como um direito do paciente.

Da fala dos professores, se inferem três situações distintas, todas colocando o paciente em situação vulnerável: não lhe é dada nenhuma liberdade; a liberdade não existe e pretender exigí-la pode implicar em perder a vaga; e uma última situação, em que embora o paciente a tenha, teoricamente, não é devidamente esclarecido a respeito.

Nessas situações, tanto o livre arbítrio, como o direito à informação, aspectos do princípio do respeito à autonomia do paciente, aparecem débeis ou mesmo ignorados. Além disso, a vulnerabilidade do paciente emerge quando ele é colocado na situação de ter de “escolher” se deve submeter-se a algo que possa incomodá-lo de alguma forma, ou enfrentar a situação e correr o risco de perder a vaga tão duramente conseguida.

Quando se trata da realização de imagens fotográficas de paciente da clínica de ensino, a percepção dos professores sobre o direito de recusa do paciente, reforça a sua vulnerabilidade:

“As pessoas se sentem honradas de se submeter a documentação fotográfica. O único caso de recusa que me lembre [...] a pessoa pediu pra não ser fotografada porque ela não entendia que era exclusivamente o dente,[...] mas depois a pessoa gentilmente cedeu. Não teve nenhum problema. Isso é cultural, pra fazer isso fora do Brasil, [...], só se o indivíduo autorizasse por escrito, tanto a documentação intra-oral quanto a extra-oral. Eu repito: eles não têm problemas, as pessoas se sentem gratificadas de estarem recebendo tratamento, e a documentação fotográfica é quase um atestado de qualidade daquilo que está sendo realizado.”
(Estocolmo)

“Nunca tive conhecimento, nunca vi esse tipo de problema. [...] eu estou inclusive surpreendido com essa pergunta, eu acho que realmente o paciente deveria ser avisado, ver o consentimento [...]. O que eu tenho visto até então é que isso acontece sem nenhum preparo, simplesmente vão lá e fotografam. O paciente vem, abre a boca e se submete [...]. Não vejo nem a solicitação, nem nenhum problema.” (Berlim)

Novamente a prestação de serviço aos pacientes pela clínica odontológica de ensino aparece como “presente” da instituição pública para a população, e não o que realmente é, um direito à saúde, comum a todo cidadão.

Embora a questão da documentação fotográfica, como atestado de qualidade seja aceita no meio acadêmico, e até motive os pacientes, nesse caso ela caracteriza muito mais uma forma de manipulá-los para que colaborem com uma prática que não é tratada conforme os princípios éticos da autonomia do paciente e da confidencialidade das informações. Segundo Fortes (2002, p. 51), “a manipulação é a tentativa de fazer com que a pessoa realize o que o manipulador pretende,

desconhecendo o que ele intenta.” Essa postura é inaceitável para o profissional da saúde, que deve pautar suas ações pela persuasão e não pela coação.

Ainda sobre o tema, outro professor se pronunciou:

“Eu nunca vi. Reclamar sim, que dói ou que é chato, mas “eu não vou deixar fotografar”, nunca. E tu sabes que eu não sei se ele tem esse direito. Eu acho que não. Porque ele assina lá consentindo, a partir do momento que ele entrou em uma universidade ele já está sabendo que este é o preço que ele vai pagar, esse desconforto da fotografia, de ele ser objeto de ensino, esse é o preço que ele está pagando aqui na universidade. [...]. Se acontecesse comigo eu não iria fotografar, mas eu iria fazer uma comunicação a Chefia do Departamento de que isso estava acontecendo e que a gente tem que tomar alguma medida, porque o interesse didático é fortíssimo e você não poder executar uma foto pra explorar isso didaticamente é complicado.” (Copenhague)

Entendemos a realidade peculiar das clínicas de ensino e a sua finalidade de formar novos profissionais. A questão é o que é feito durante o processo de formação até chegar lá. Será que os fins justificam os meios, e o que importa é a formação do futuro odontólogo, não interessando como o paciente, aqui na condição de objeto de ensino, é tratado durante o processo? A percepção desse professor expõe claramente a idéia de que a universidade e o serviço que presta à população estão acima de qualquer direito do paciente de se manifestar; e se ele o fizer, poderá ser punido, em nome do ensino.

Além disso, mais uma vez a questão da autorização para tratamento utilizada pela instituição vem à tona, e mais uma vez a sua assinatura, que muitas vezes aconteceu vários meses antes do atendimento propriamente dito, parece ser usada para justificar a falta de informação do paciente e a obtenção do consentimento sobre os procedimentos realizados nele de maneira mais adequada.

Tais percepções deixam claro que os pacientes estão mal-informados quanto aos seus direitos e pouco se manifestam sobre procedimentos a que são submetidos dentro das clínicas de ensino, como transparece ainda mais explicitamente nestas falas sobre seu direito de recusa:

“Na teoria ele tem, mas isso aí é muito difícil de fazer. O paciente praticamente não fala nada, [...], porque ele já estava esperando há muito tempo, então imagina se ele começar a fazer certos questionamentos que seriam normais, ele pensa que naturalmente vai perder a vaga. [...].” (Copenhague)

“Sim, recusam muitas vezes. Mas nós conseguimos um pouco mais de sucesso em relação à colaboração do que se fosse em consultório particular, já que esse paciente tem no atendimento uma necessidade bem premente. [...] então a exigência dos pacientes perante o tratamento é menor, mas a necessidade emocional deles é muito maior. Até pela questão econômica de não poder procurar outro atendimento.” (Oslo)

Com base nessas colocações, cabe questionar até que ponto o paciente da clínica odontológica de ensino exerce plenamente sua autonomia durante o processo terapêutico, e se a suposta liberdade que ele teoricamente tem não é sempre uma “liberdade vigiada”. Isso porque o temor de perder a vaga para atendimento na clínica, parece estar sempre muito presente durante todo o processo de realização das atividades. Como se não fosse suficientemente inadmissível ele sentir esse medo, tal sentimento ainda é usado por algumas disciplinas para manipulá-lo de acordo com seus interesses, já que a decisão do paciente pode ter influência sobre o funcionamento de algumas disciplinas.

Uma situação que pode ser influenciada pela decisão do paciente, é a produção do aluno. Algumas disciplinas exigem dos alunos uma produção mínima como requisito necessário para a aprovação. Então o aluno, muitas vezes, fica dependendo da colaboração do paciente para poder finalizar um tratamento e completar a sua produção. Dois professores se manifestaram a respeito da influência da recusa ou desistência do paciente em relação ao tratamento realizado na clínica de ensino, sob dois diferentes pontos de vista:

“É, tem, fazer o quê? Nós não podemos atendê-lo amarrado. Se ele não quiser fazer, paciência, a gente tem que respeitar.[...] Por outro lado, o aluno tem que ter uma certa produção dentro da disciplina e ele pode ser penalizado pela recusa do paciente e ele vai ter que ir atrás de outra forma pra compensar essa perda.” (Paris)

“Na nossa disciplina nós temos muito cuidado em não exigir dos nossos alunos produção mínima, numérica, porque às vezes o aluno trabalha e trabalha muito, o semestre inteiro, e pode ser que ele chegue no final do semestre e não tenha produzido exatamente o número certo de procedimentos que a gente eventualmente considere ideal e porque ele não atingiu aquele valor numérico a gente atribua a ele uma nota inferior à de um indivíduo que tenha feito desnecessariamente o dobro.” (Estocolmo)

Tal ponderação põe em discussão outra situação que influencia diretamente o paciente, expondo mais uma vez a sua vulnerabilidade durante o atendimento em clínica de ensino. Esse mesmo professor completou:

“Na nossa disciplina a gente procura compatibilizar as necessidades do paciente com as do aluno. Jamais fazer qualquer coisa desnecessariamente e um grande cuidado para não motivar o paciente a realizar um procedimento que não esteja indicado. Por exemplo: o aluno tem aula sobre determinado procedimento, ele olha para o paciente e a primeira coisa que ele vê é a possibilidade de realizar na prática aquele procedimento, mas não é tão simples assim. Às vezes o aluno quer ‘forçar’ um pouco a barra e a gente não permite. Porque infelizmente pela formação pessoal às vezes o indivíduo pensa: Ah, pouco me importa e quer realizar. Nós não permitimos, jamais permitimos.” (Estocolmo)

Segundo Van Dam; Welie (2001), os estudantes de odontologia nem sempre tratam os pacientes somente porque os pacientes precisam daquele tratamento, mas também porque eles, os estudantes, precisam fazê-lo. Os autores consideram que esse dilema é inevitável dentro de uma instituição de ensino, mas pode ser agravado pelas disciplinas que insistem em exigir determinado número de procedimentos como requisito para aprovação do aluno..

A vulnerabilidade do paciente ficará clara, se considerarmos que da mesma forma que algumas disciplinas se preocupem em coibir a “inclinação” de certos alunos de sobretratar alguns pacientes, seja por curiosidade em pôr em prática ensinamentos recém-adquiridos, seja para cumprir a meta estipulada pela disciplina, outras podem não ter a mesma orientação, ou seu corpo docente estar menos atento a esses acontecimentos.

Os pacientes confiam nos estudantes de odontologia e sempre esperam que eles ajam em nome da sua saúde bucal. Quando o estudante sugere um tratamento para o paciente, que seja o indicado para o caso e também seja “útil” para completar a sua produção, ele não está necessariamente violando a autonomia do paciente ou ferindo o seu dever de beneficência; mas para isso o paciente deve estar informado a respeito de toda a situação, e dar seu consentimento voluntário para que o tratamento realmente aconteça (VAN DAM; WELIE, 2001).

Os autores vão ainda mais longe, dizendo que, ao não informar o paciente sobre essa situação, os estudantes, e por conseqüência os professores que os orientam, agem da mesma forma desonesta que os pesquisadores que não esclarecem

corretamente os sujeitos de pesquisa e profissionais que tentam convencer pacientes a fazer tratamentos caros desnecessários.

E é isso que quase sempre acontece, remetendo-nos mais uma vez a Michel Foucault (1987) e a sua consideração sobre a submissão de pessoas vulneráveis à posição de objeto de estudo e de observação clínica: elas são pacientes de um serviço que deveria somente atender suas necessidades, mas as transforma em objeto relativo, pois o que se aprende nelas está destinado a um melhor conhecimento de outros.

5.4 O ENSINO SOB O PONTO DE VISTA DO PROFESSOR: O OLHAR PARA A BIOÉTICA

Esta categoria surgiu a partir de informações dadas de forma espontânea nas questões oito e nove das entrevistas e mostra o olhar do professor para o ensino da bioética através da exposição das dificuldades identificadas por eles, além de suas sugestões para fazer da reflexão e discussão sobre esse tema, uma realidade neste curso de odontologia.

A primeira dificuldade apontada por eles, é o currículo adotado atualmente pelo curso pesquisado. Não obstante sua importância para os cursos de odontologia, não se pretende aqui discutir a reforma curricular. No entanto, julgamos oportuno registrar que alguns professores revelaram seu descontentamento com o atual currículo. Para eles, não é o mais adequado e não trata o paciente de maneira mais racional, pois além de encará-lo como uma necessidade de tratamento, não consegue muitas vezes suprir suas reais necessidades:

“Nesse currículo atual não acho que seja a melhor forma de você trabalhar com o paciente. [...] você não vê a coisa integrada, o que algumas faculdades com o currículo integrado têm, eles partem do paciente que tem uma necessidade, o paciente é visto como um todo.” (Madri)

“O que acontece hoje é que a odontologia, as disciplinas clínicas estão estanques: endo só faz canal, dentística só faz restauração, perio só trata gengiva, mas no futuro, inclusive isso já deveria ter acontecido, haverá uma modificação no currículo da odontologia. Nós teremos então clínicas integradas onde os pacientes receberão

todo tipo de tratamento e os professores é que vão circular por essas clínicas. Isso é norma do MEC, mas a nossa universidade está atrasada por questões políticas ou de chefia de departamento e isso é mesmo muito difícil, pois mexe com muita coisa.” (Paris)

A norma do Ministério de Educação citada é a resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) de fevereiro de 2002, que trata das “Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Odontologia”. Em 13 artigos a resolução sugere a necessidade da formação de um profissional capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautada em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Com a futura reforma, espera-se que haja um aumento do número de créditos de algumas disciplinas, além da implantação do currículo integrado, que faria com que elas trabalhassem em conjunto, podendo, teoricamente, resultar em melhor atendimento ao paciente. Segundo Marcos (1991), “currículos e escolas só têm sentido se procurarem trabalhar propostas que visem à formação de pessoas com consciência da realidade histórico-social e do contexto onde vivem e atuam.”

Essa frustração dos professores por não tratar os pacientes de forma que eles consideram a mais correta, é também demonstrada por outro professor, sob um diferente ponto de vista:

“Eu acho que aqui deveria se chamar centro de ciências da doença, porque nós não tratamos saúde. [...] eu sei que quando eu vou fazer um tratamento em um paciente, ele vai dar errado, porque não foi mudado nada nele.”(Roma)

Da manifestação desse professor se infere uma clara crítica ao modelo biomédico, que é centrado no individual e não no coletivo, no biologicismo, na técnica e não na ética, na cura da doença e não na saúde, e na especialização e não na integralidade (MENDES, 1999).

Segundo Ramos (2003), o paciente das clínicas de ensino pode facilmente deixar de ser visto como pessoa, com identidade e dignidade própria, para ser considerado “doença”, que, dependendo das suas características, pode ter maior ou menor valor científico.

Alguns professores argumentaram ser a falta de tempo um fator limitante para não discutirem em sala de aula assuntos como a obtenção do TCLE para o

tratamento e/ou a realização de fotografias e procedimentos padrão destinados à adequada informação do paciente:

“O conteúdo é muito grande e nem todo o nosso conteúdo específico nós conseguimos dar, na verdade o tempo que se tem é muito pequeno e eu tenho consciência da deficiência que existe com relação a isso. Com a reforma curricular espera-se que se tenha mais um período onde seriam dadas somente aulas teóricas e assim se esperaria melhorar alguma coisa. Senão há uma sobrecarga muito grande em relação à teoria e você não consegue dar atenção a aspectos importantes. Você acaba fazendo isso onde? Quando a gente consegue ter um contato com alguns alunos posteriormente no curso de especialização, com mais tempo, aí a gente chama muito a atenção.” (Madri)

“Eu acho que uma aula específica pra toda a turma, desse tipo de abordagem até seria interessante, mas acontece que nós não temos tempo. [...] mas não é um conteúdo de graduação, é um conteúdo de pós-graduação. Na graduação existem outros conteúdos que são inadiáveis. [...]. Já é difícil dar conta do nosso conteúdo, [...] então se tu fores ainda abordar alguns assuntos paralelos, não dá.” (Copenhague)

A alegada falta de tempo pode também estar mascarando o desconhecimento e o despreparo dos professores para suscitar a discussão bioética entre os alunos, principalmente porque o assunto é tratado como “paralelo” e adiável”, devendo ser remetido, de acordo com alguns professores, para a pós-graduação.

Pensamos ser inadmissível que práticas do dia-a-dia da clínica de ensino, que envolvem diretamente pacientes, alunos e professores, não mereçam o devido esclarecimento e discussão com os alunos em sala de aula. Além disso, postergar essa discussão para os cursos de pós-graduação implica deixar no mínimo duas grandes lacunas abertas: nem todos os profissionais fazem cursos de pós-graduação e alguns só os fazem vários anos após o término da graduação. Aqueles que os fazem, terão acesso a essas informações na disciplina de bioética, instituída em 2001 pelo Conselho Federal de Odontologia como obrigatória na grade curricular de todos os cursos de pós-graduação em odontologia. No entanto, segundo Ramos (2003), não basta incluí-la na grade curricular, é no olhar para o outro, no caso para o professor, que efetivamente aprendemos. Por isso, achamos primordial que essa discussão faça parte do dia-a-dia dos cursos de graduação em odontologia.

Para que haja mudança no modelo de ensino, os professores também precisam mudar. No entanto, sabemos que essa tarefa não é fácil e depende da conscientização dos professores, como um deles oportunamente lembrou:

“ [...] a parte básica é a conscientização do professor, daqueles que não tiveram oportunidade. Porque eu vejo por mim, mesmo tendo tido a disciplina de ética no mestrado e até nas especializações a gente procura às vezes assistir à disciplina de bioética com os alunos e tal, isso já me deu uma visão diferente das coisas, eu mudei minha abordagem, mas eu vejo que às vezes a gente carrega lá dentro umas teimosias difíceis de trocar. Imagina um professor mais velho que nunca teve isso aí. [...] o professor também precisa entender que ele está diante de um ser humano [...] que está se submetendo a um atendimento em uma instituição pública, que vai servir de objeto de ensino e tudo, mas é um ser humano, então tem que mudar a conduta.” (Copenhague)

Temos consciência de que decisões importantes dentro de instituições de ensino freqüentemente não dependem apenas do interesse e da vontade dos professores, mas cabe aqui chamar a atenção para a importância do tema e para a necessidade da mobilização da classe acadêmica nesse sentido.

Segundo Fortes (2002), o respeito à pessoa humana é um dos valores básicos da sociedade moderna, fundamentando-se no princípio de que cada pessoa deve ser vista como um fim em si mesma e não somente como um meio, princípio este freqüentemente infringido nas instituições de assistência à saúde. Para alguns professores, a importância do tema e a influência dessa discussão na formação dos alunos é clara:

“Se você não prestar esses esclarecimentos para o aluno ele pode pensar que ele tem o direito “de”, como há 40 anos atrás se dizia que o dentista é que decidia, ele é que mandava na boca do paciente, ele que era o “doutor”. Quem manda na boca do paciente é o paciente e levou um tempo para que o dentista passasse a compreender isso. As escolas ensinavam o contrário, quem decidia, quem arbitrava era o dentista [...]” (Estocolmo)

“Para dentro dos parâmetros de hoje, da odontologia como um todo, acredito que tenha influência na formação dos alunos. [...] Eu acho que muita coisa pode melhorar. [...] a disciplina não tem tido como hábito a solicitação de consentimento para tratamento ou para realização de imagens fotográficas e sua utilização em atividades científicas. [...] o aluno não tendo como hábito essa solicitação da autorização, certamente na sua atividade clínica não vai ter o hábito de solicitar também.” (Oslo)

Segundo Galindo (2001), não se pode desvincular o ensino da ciência, nesse caso da odontologia, da formação ética e social dos alunos. O ensino e a reflexão bioética nos cursos de odontologia possibilitam o prevaletimento do paradigma humanitário sobre o financeiro, científico e jurídico. Além disso, favorecem o equilíbrio entre os interesses da pessoa, quer se encontre ela na posição de profissional da saúde ou de paciente, e os interesses da sociedade.

Dito isso, reforçamos a necessidade da discussão bioética em todos os cursos de graduação em odontologia, em particular neste pesquisado. Essa discussão poderia acontecer formalmente em sala de aula, tão somente com o objetivo de torná-la acessível a todos alunos, e não privilégio de uns, que são escolhidos para desenvolver trabalhos científicos em conjunto com alguns professores, e por causa disso são mais bem orientados; ou de outros, que são supervisionados na clínica por professores que abordam informalmente o tema no dia-a-dia do atendimento nas clínicas.

Como já citado anteriormente, não basta acrescentar a disciplina de bioética na grade curricular para mudar paradigmas ou a visão de muitos profissionais e alunos mais resistentes a mudanças. Mas certamente as questões éticas envolvidas no atendimento a pacientes, como as tratadas nesta dissertação, teriam um foro próprio para discussão e não usariam o pouco tempo de que as disciplinas clínicas dispõem para tal propósito. Essa posição é partilhada por um dos professores, nos seguintes termos:

“[...] nós temos que nos atualizar na clínica, nós temos que nos atualizar cientificamente, temos que nos atualizar em termos de produção científica, já que a universidade requer isso, a gente tem que ter produção científica para que tenhamos produção funcional na instituição, nós temos que ter uma condição de atualização para que possamos ministrar aulas melhores, para que essa informação possa ser absorvida pelos alunos e ao mesmo tempo a gente tem que ter conhecimento de muita coisa, que é importante, mas que ficam um pouco alheias e à margem da capacidade produtiva de cada profissional [...]. Então eu acho que deveriam existir outras disciplinas mais específicas para orientar de um modo geral todas as outras, para que houvesse uma padronização de obtenção de artefatos quaisquer práticos que possam regulamentar isso e seja normatizado em todas as disciplinas.” (Oslo)

Apesar disso, a responsabilidade de todos os professores com a formação ético-moral dos alunos em suas disciplinas não diminuiria. Segundo Marcos (2004):

o objetivo do ensino da bioética na odontologia é o de contribuir para a formação integral do futuro profissional, orientando-o para uma prática profissional pautada pela ética, princípios, regras e virtudes gerais e comuns às diferentes áreas das ciências da saúde, dando ênfase à visão do paciente como um todo e contribuindo para a correta relação profissional-paciente.

Mas não basta que apenas uma disciplina concentre a transmissão do conhecimento teórico sobre questões referentes à ética e à bioética, pois essa tarefa só será possível se todas as disciplinas trabalharem em conjunto para formar profissionais com esse perfil.

Segundo Rego (2003), o início das discussões sobre a bioética trouxe um elemento a mais para os debates sobre a relação profissional-paciente, até então praticamente restritos ao cumprimento das determinações que figuravam nos códigos de ética. Além disso, introduzi-la como disciplina nas faculdades brasileiras, acarretará uma complicação política a mais que é a perspectiva de mudança nos currículos. A perspectiva de introduzir novo tema na grade curricular, pode, segundo o autor, gerar discussões de três tipos, embora de natureza diferente:

- Deverá a bioética ser considerada uma nova disciplina mesmo?
- Deverá a bioética substituir a disciplina de ética odontológica?
- Que departamento deveria ser o responsável pela nova disciplina?

As disputas de poder no interior de estruturas acadêmicas englobam não só a compreensão docente dos problemas e da estratégia de ensino mais relevante para a formação do estudante, mas também a distribuição de poder dos diferentes departamentos das faculdades. Portanto, a lógica da discussão sobre a bioética deixa de ser técnica e passa a ser político-administrativa.

Apesar desses problemas, queremos acreditar que o fato de estarmos vivendo uma realidade diferente da época de quando a maioria dos currículos dos cursos de odontologia foi elaborada, será argumento suficiente para que as pessoas responsáveis pelas discussões relativas a mudanças nos currículos e nas práticas pedagógicas cotidianas das clínicas de ensino se sensibilizem e tomem decisões que possam enriquecer a formação dos futuros odontólogos, tornando-os não apenas profissionais de excelência técnico-científica, mas também profissionais que, ao olhar um paciente, vão enxergar um ser humano, e não só uma doença.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação de futuros profissionais é a importante missão das instituições de ensino. Quando essa formação envolve atendimento odontológico prestado à comunidade e realizado por estudantes, a situação assume características diferentes da simples democratização de informações e de conhecimento.

Quando procura uma clínica odontológica de ensino, a pessoa fornece tanto seu consentimento explícito quanto implícito a certas perdas limitadas de privacidade, como as que acontecem durante o exame odontológico. No entanto, a decisão de entrar em uma dessas clínicas não concede nem implica em acesso irrestrito ao seu corpo. Os limites desse acesso, que se pautam, entre outros, pelo respeito à autonomia do paciente e pela confidencialidade das informações obtidas durante o atendimento, referenciais de análise utilizados neste trabalho, freqüentemente não são bem compreendidos nem respeitados pelos profissionais envolvidos no processo. Por sua vez, são poucos os pacientes que têm informações suficientes sobre a realidade e o funcionamento das clínicas de ensino, onde são realizados procedimentos e ações que nem sempre têm relação com o tratamento propriamente dito.

Apesar das críticas que a bioética principialista tem sofrido, baseadas principalmente no seu caráter individualista, é inegável o seu valor na discussão sobre as questões éticas envolvidas no relacionamento profissional-paciente, em especial nas instituições de ensino. Ao longo do trabalho, foi possível perceber a situação de vulnerabilidade em que os pacientes freqüentemente são colocados, antes e durante o atendimento nessas instituições e como o serviço que recebem é freqüentemente caracterizado como um presente dado a eles pela instituição e pelos profissionais que lá trabalham, e não como um direito.

Observamos que o processo de cadastramento e triagem de pacientes, embora seja realizado de forma organizada, apresenta algumas particularidades, como o agendamento de pacientes-reserva e o privilegiamento do atendimento a

algumas pessoas, que deixam clara a vulnerabilidade das pessoas que esperam por uma vaga, dificultando o acesso delas à clínica de ensino.

Algumas situações caracterizam o desrespeito ao princípio da autonomia do paciente, como a falta de informação e esclarecimento do mesmo sobre os procedimentos, terapêuticos ou não, que serão realizados na clínica. A autorização para tratamento utilizada pelo curso, com o objetivo de informar e esclarecer o paciente, não se caracteriza como um documento específico ou termo de consentimento, já que está localizado no rodapé da ficha cadastral e não contém informações suficientes para o seu devido esclarecimento.

Segundo Hossne (2003), existe uma “cultura” do consentimento que tende a encará-lo como peça formal de prevenção contra demandas de ordem legal. Essa é postura que está caracterizada na percepção dos professores sobre o uso da autorização para tratamento, uma vez que, o objetivo do uso de termo de consentimento nas clínicas de ensino, que é o de resguardar a dignidade do paciente, informando-o, esclarecendo-o e assegurando o seu consentimento para a realização de procedimentos, não está caracterizado nas rotinas das disciplinas clínicas do curso.

Para que o princípio do respeito à autonomia seja considerado e o termo de consentimento seja utilizado para resguardar a dignidade do paciente, a sua informação, esclarecimento e obtenção de consentimento para a realização de procedimentos terapêuticos, e, eventualmente, de imagens fotográficas, devem ser feitos a cada contato com ele. Além disso, após devidamente informado e esclarecido, o paciente deve ter o direito de recusar determinados procedimentos sem conseqüências para a continuidade do seu tratamento. No entanto, a forma como a obtenção da autorização é feita, vincula explicitamente a sua assinatura com o acesso ao serviço.

Em relação à confidencialidade das informações dos pacientes, verificamos que as informações pessoais de anamnese e as radiografias estão sendo armazenadas de forma correta e acessadas por pessoas autorizadas e dentro do âmbito de ensino. No entanto, ressaltamos, que o extravio de prontuários e a prática adotada por algumas disciplinas de manter arquivos próprios e de acesso restrito a determinadas radiografias, podem submeter o paciente, desnecessariamente, a duplicidade de procedimentos radiográficos. Uma alternativa para o extravio de prontuários, é a padronização da rotina de retirada e devolução deles ao setor de

triagem, enquanto que a prática de arquivos próprios e de acesso restrito, deve ser discutida com as disciplinas que as adotam.

A produção mínima exigida dos alunos por algumas disciplinas é outra prática que expõe o paciente da clínica de ensino a riscos desnecessários. Também nos faz refletir sobre como as necessidades do paciente são tratadas quando em conflito com a produção acadêmica do aluno. Segundo Fortes (2002, p. 18), “todo ser humano, quando na posição de paciente deve ser tratado em virtude de suas necessidades de saúde e não como um meio para satisfação de interesses de terceiros, da ciência ou de profissionais de saúde.” É necessário refletir e repensar as práticas de ensino como práticas humanizadas e humanizadoras, tentando conciliar o interesse acadêmico com as necessidades do paciente, e não priorizar um em detrimento do outro, como acontece atualmente.

Nesse contexto, identificamos que o professor do curso de odontologia tem um papel importante na formação dos futuros profissionais. Ele representa um modelo de referência e um exemplo a ser seguido pelos estudantes, tanto de habilidade técnica, quanto de postura ética diante das situações cotidianas na clínica. Cabe-lhe, portanto, suscitar nos alunos a reflexão sobre as atividades realizadas na clínica e fornecer as informações necessárias para subsidiar tal reflexão.

É indispensável que haja discussões com os alunos sobre as práticas que acontecem no dia-a-dia da clínica de ensino e envolvem professores, alunos e pacientes. Segundo Ramos (2003), as clínicas odontológicas de ensino são lugares privilegiados não só para o aprendizado de conhecimentos técnicos, mas também para o exercício da reflexão ética dos futuros profissionais. É nessas clínicas que eles vão observar, aprender, assimilar condutas e adquirir hábitos, onde a relação professor/estudante/paciente tem papel fundamental como espaço de orientação, discussão e reflexão acerca das questões éticas que perpassam o processo de atendimento dos pacientes.

Os professores, por sua vez, também acreditam que tal orientação tenha grande influência na formação dos profissionais. No entanto, sentem que as possibilidades de mudança são limitadas por diferentes fatores tais como o currículo atual, o tempo disponível e a sua própria conscientização em relação ao tema. A criação de uma disciplina específica, ministrada por profissional habilitado e responsável por conduzir tais discussões, norteando a prática de todas as disciplinas

clínicas, poderia ser uma alternativa para tornar a discussão bioética uma realidade entre os alunos da graduação.

No entanto, isso não diminuiria a responsabilidade de todo o corpo docente do curso de odontologia na construção da competência política e ética dos futuros odontólogos e na sua postura diante dos pacientes, que vivenciam, mesmo que por período determinado, a condição de objeto de ensino para os profissionais em formação. Essa condição, além de moralmente questionável, não justifica desrespeito a sua dignidade, que por sua vez, caracteriza outra condição que as acompanha ao longo da vida, que é a condição de ser humano, e esta deve ser sempre colocada em primeiro lugar.

7 REFERÊNCIAS

ANJOS, M. F. **Bioética: abrangência e dinamismo**. O Mundo da Saúde, 21 (1), 1997. p. 4-12.

_____. Bioética nas desigualdades sociais. In: GARRAFA, V.; COSTA, S. **A bioética no século XXI**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2000. p. 49-66.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JR., I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-139.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios da ética biomédica**. São Paulo: Loyola, Edição em português, 2002.

BEECHER, H. Ethics and clinical research. **The New England Journal of Medicine**, 274 (24), June, 1966. p. 1354-1360.

BELLINO, F. **Fundamentos da bioética. Aspectos antropológicos, ontológicos e morais**. Bauru/SP: EDUSC, 1997.

BERLINGUER, G. **Questões de vida: ética, ciência, saúde**. São Paulo: APCE – HUCITEC – CEBES, 1993.

_____. **Ética na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BOSCO, V. L. **Aspectos psicológicos e bioéticos relacionados ao ensino da odontopediatria**. São Paulo, 2003. [Monografia de conclusão de curso de especialização em Bioética. Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].

BRASIL. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1997.

CAMPBELL, A. Pessoas vulneráveis: experiências e esperança. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003. p.87-94.

COHEN, C. A confidencialidade: questões éticas relativas ao segredo profissional. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (Orgs.). **Bioética**. São Paulo: USP, 1999. p. 181-188.

COHEN, C.; MARCOLINO, J. A. M. Relação médico-paciente: autonomia; paternalismo. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (Orgs.). **Bioética**. São Paulo: USP, 1999. p.51-62.

COHEN, D. L. *et al.* Informed consent policies governing medical students interactions with patients. **Journal of Medical Education**, 62, out., 1987. p. 789-98.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, ano 12, n. 61, jul-ago. e n. 62, set-out., Rio de Janeiro, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Novas Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Resolução 3, fev., 2002.

_____. **Resolução n. 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996 out. 16:21082-5.

COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. Apresentando a bioética. In: **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 15-18.

DALLARI, S. G. A bioética e a saúde pública. In: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 71-80.

DINIZ, D. Bioética: fascinación y repulsa. In: **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

DINIZ, D. Henry Beecher e a história da bioética. In: COSTA, S. I. F., DINIZ, D. **Bioética: ensaios**. Brasília: LetrasLivres, 2001. p. 21-26.

DINIZ, D. A vulnerabilidade na bioética. In: COSTA, S. I. F.; DINIZ, D. **Bioética: ensaios**. Brasília: LetrasLivres, 2001, p. 27-32.

DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002.

ENGELHARDT JR., H. T. **Fundamentos da bioética**. 2. ed. São Paulo: Loyola, Edição em Português, 1998.

FAGUNDEZ, P. R. A. Princípio da autonomia e saúde pública. In: SILVA, R. P.; LAPA, F. B. **Bioética e direitos humanos**. Florianópolis: OAB/SC, 2002. p. 42-54.

FORTES, P. Avanços tecnológicos significam melhoria na saúde? In: GARRAFA, V.; COSTA, S. A. **A bioética no século XXI**. Brasília: UnB, 2000. p. 139-144.

_____. **Ética e saúde**. Reimp. São Paulo: EPU, 2002.

_____. Ética nos serviços de saúde: dilemas éticos na alocação de recursos em saúde. In: PALÁCIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O. A. **Ética, ciência e saúde: desafios da bioética**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002. p.139-149.

_____; ZOBOLI, E. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: FORTES, P.; ZOBOLI, E. (Orgs.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 11-24.

_____. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: FORTES, P.; ZOBOLI, E. (Orgs.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 35-48.

FOUCAULT, M. **El nacimiento de la clínica**. México: Siglo XXI, 1987.

GALINDO, G. C. Una manera muy complicada de hablar de bioética a los odontólogos. **Univ. Odontol**, 21(43), 2001. p. 3-5.

GARRAFA, V. **A dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1995. 72 p.

_____. Bioética e odontologia. In: KRIGER, L. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: ABOPREV/Artes Médicas, 1997. p. 465-475.

_____; DINIZ, D.; GUILHEM, D. **Bioethical language and its dialects and idiolects**. *Cadernos de Saúde Pública*, Número Especial em Língua Inglesa, 15(1), 1999, p. 35-42.

_____; COSTA, S. **A bioética no século XXI**. Brasília: UnB, 2000. p.13-24.

_____. PORTO, D. Bioética, Poder e Injustiça: Por uma Ética da Intervenção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Orgs.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 35-44.

_____. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: FORTES, P.; ZOBOLI, E. (Orgs.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 49-62.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

HIGGINS, J. Shouldn't patients decide who should access their records? **Bioethics Medical Journal**, 329:573, set. 2004.

HOSSNE, W.S. A regulamentação de pesquisa com seres humanos. In: FORTES, P.; ZOBOLI, E. (Orgs.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 95-112.

KOTTOW, M. Bioética e política de recursos em saúde. In: GARRAFA, V.; COSTA, S. I. F. **A bioética no século XXI**. Brasília: UnB, 2000. p. 67-75.

MACKLIN, R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Orgs.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 59-70.

MARCOS, B. A clínica integrada nos cursos de odontologia como sistema de atenção: considerações. **Arq Cent Est Cur Odontol**, v. 28, n.1-2, jan.-dez., 1991. p.9-15.

MARCOS, F. G. Enseñanza de bioética en odontología. **Rev. Asoc. Odontol. Argent.** 92(2), 2004. p. 123-127.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300 p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MUÑOZ, D. R.; ALMEIDA, M. Noções de responsabilidade em bioética. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (Orgs.). **Bioética**. São Paulo: USP, 1999. p. 89-100.

_____; FORTES, P. A. C. O Princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 59-70.

NEVES, M. P. Contexto cultural e consentimento: uma perspectiva antropológica. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 487-498.

PALÁCIOS, M. Ética na Pesquisa – 1: Ética em pesquisa em seres humanos. In: PALÁCIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O. A. **Ética, ciência e saúde: desafios da bioética**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002. p.164-175.

PARKER, L.S., ALVAREZ H.K. The legacy of the Tuskegee Syphilis study. In: Jennings B., Kahn J., Mastroianni A., Parker L.S. **Ethics and public health: model curriculum**, 2003.

PESSINI, L. Princípios da Ética Biomédica – Prefácio da Edição Brasileira. In:BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. **Princípios da ética biomédica**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

POTTER, V. R. **Bioethics: bridge to the future**. New Jersey: Prentice Hall, 1971.

RAMOS, D. L. P. **Ética odontológica: o código de ética odontológica** (resolução CFO- 179/91) **comentado**. São Paulo: Ed. Santos, 1994.

_____. Perspectivas bioéticas na atenção da saúde bucal. In: FORTES, P.; ZOBOLI, E. **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003; p. 161-167.

REGO, S.; SCHRAMM, F. R.; SARMENTO, L. G.; ALMEIDA, J. L. T. **Relatório final do projeto “Uma proposta de selo de humanização para os hospitais brasileiros”**. Rio de Janeiro/Brasília: Ensp/Fiocruz, Ministério da Saúde, 2001.

_____. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 169 p.

_____. ; PALÁCIOS, M.; SCHRAMM, F. R. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: MARINS, J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 165-185.

RING, M. E. **Dentistry: an illustred history**. New York: Incorporated, 1985.

ROTHMAN, D. J. **Strangers at the bedside: a history how law and bioethics transformed medical decision making**. United States: Basic Book, 1991.

SALOMÃO, L. C.; SILVA, P. F. Bioética: valores e atitudes do século XXI. In: DE LIBERAL, M. M. C. (Org.). **Um olhar sobre ética: cidadania**. Coleção Reflexão Acadêmica, São Paulo: Mackenzie, 2002. p. 81-94.

SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 71-84.

SINGER, P. A. Consent to the publication of patient information. **Bioethics Medical Journal**, v. 329, set. 2004. p. 566-568.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRINDADE, O. M.; ABRAMOWICZ, M.; RAMOS, D. L. P. Análise das rotinas adotadas nos serviços de triagem de instituições de ensino odontológico para atendimento e encaminhamento de pacientes: aspectos éticos. **Revista da Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da USP**, São Paulo, 1999. v. 6. p. 291-297.

ZOBOLI, E. L. C. P., FRACOLLI, L. A. **Vulnerabilidade do sujeito de pesquisa**. Cadernos de Ética em Pesquisa, Brasília: Ano IV, n. 8, 2001. p. 20-21.

VAN DAM, S.; WELIE, J. V. Requirement-driven dental education and the patient's right to informed consent. **J Am Coll Dent**, 2001, 68(3). p. 40-47.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

IDADE:	ANO E LOCAL DE GRADUAÇÃO:
CURSOS REALIZADOS E ANO DE CONCLUSÃO: ESPECIALIZAÇÃO: MESTRADO: DOUTORADO: PÓS-DOUTORADO:	TEMPO QUE LECIONA NA UFSC:
TEMPO QUE LECIONA NESTA DISCIPLINA:	REGIME DE HORAS QUE TRABALHA: 20H: 40H: D.E.:
PROFESSOR EFETIVO: PROFESSOR SUBSTITUTO:	ATUA EM: OUTRA UNIVERSIDADE: NA PRÁTICA CLÍNICA:

- 1) Na sua opinião, qual (quais) o(s) motivo(s) que leva(m) as pessoas a procurar atendimento na clínica odontológica de ensino desta universidade?
- 2) Eu gostaria que o senhor(a) me descrevesse o atendimento ao paciente aqui na clínica. Qual o caminho que o paciente percorre até ser atendido na sua disciplina?
- 3) A partir da chegada dele à sala de espera da clínica da sua disciplina, o que acontece? Quais informações são passadas ao paciente?
- 4) Antes do início do tratamento, é obtido do paciente o consentimento formal para realização do tratamento, através da assinatura de algum documento? Essa discussão é feita em sala de aula? Qual a sua opinião?

- 5) O paciente está agora sentado na cadeira, sendo atendido por um aluno na sua disciplina. Quais as possíveis manifestações do paciente ao tratamento proposto? Ele pode recusar um tratamento? Qual a sua opinião?
- 6) Todo esse processo que estamos descrevendo gerou informações sobre os pacientes atendidos. Onde e como são arquivadas essas informações e quem tem acesso a elas?
- 7) O paciente é eventualmente fotografado em sua disciplina? O senhor(a) poderia descrever o procedimento realizado em relação à informação e obtenção do consentimento dos pacientes quanto a esse procedimento? O paciente tem o direito de recusar o procedimento? Essa discussão é feita em sala de aula?
- 8) Sobre as questões éticas no atendimento a pacientes na sua disciplina, o senhor(a) gostaria de acrescentar algo mais?
- 9) O senhor(a) tem algo mais a acrescentar a nossa entrevista?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Elaborado de acordo com as normas do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina)

Meu nome é Evelise Ribeiro Gonçalves, sou cirurgiã-dentista e estou cursando o mestrado em Saúde Pública da UFSC. A pesquisa que estou desenvolvendo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, tem como título: *“As questões éticas que permeiam o atendimento a pacientes de uma clínica-escola odontológica: uma pesquisa qualitativa com a visão de docentes.”* Para a realização desta pesquisa é necessário que eu entreviste professores das diferentes disciplinas clínicas do curso de Odontologia desta universidade. Garanto que a sua identidade será mantida em sigilo e as informações aqui obtidas serão tratadas de maneira confidencial e apenas utilizadas neste trabalho. Também gostaria de informá-lo(a) que o sr.(a) pode desligar-se da pesquisa a qualquer momento sem constrangimentos.

Evelise Ribeiro Gonçalves
- Pesquisadora Responsável-
-Fone p/ contato: (48) 233-0786-

Prof.^a Dr.^a Marta Verdi
- Professora Orientadora-

Eu _____,
professor(a) do Curso de Odontologia desta universidade, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa acima citada e aceito participar da realização da mesma sendo entrevistado(a) pela pesquisadora responsável.

Assinatura do Docente

Florianópolis, ____ de _____ de 2004.

ANEXOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA
SETOR DE TRIAGEM**

FICHA CADASTRAL E CONTROLE DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

DADOS PESSOAIS

Nº de Matrícula		Nome			Data de Nascimento	
Nº Identidade	Órgão Expedidor	Data de Emissão	Sexo	Idade	Estado Civil	
Local de Nascimento				UF	Nacionalidade	
Grau de Instrução			Apelido		Cor	
Nome do Pai/Responsável			Profissão do Pai/Responsável			
Nome da Mãe			Profissão da Mãe			

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua		Nº	Complemento		Bairro
CEP	Município			UF	Fone

ENDEREÇO DE UMA PESSOA CONHECIDA

Rua		Nº	Complemento		Bairro	CEP
Município		UF	Fone p/ contato	Falar com	Grau de Parentesco	

DADOS PROFISSIONAIS

Profissão			Empresa em que Trabalha			
Rua			Nº	Complemento		Bairro
CEP	Município		UF	Fone	Ramal	

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Reside em casa própria ou alugada?	Quantas pessoas compõem a família?	Quantas moram em casa?
Quantas pessoas participam da renda familiar?		Renda total da família (R\$)

AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento aos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Odontologia da UFSC para, por intermédio de seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento em minha pessoa, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo desta especialidade. Concordo, também, que todas as radiografias, fotografias, slides, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório, e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento, constituem propriedade exclusiva deste Curso, ao qual dou plenos direitos de retenção, uso de quaisquer fins de ensino e de divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, respeitando os respectivos códigos de ética.

Florianópolis(SC), _____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente ou Responsável