

# Análise do nível de informação dos cirurgiões-dentistas sobre o consentimento Informado\*

Mônica de Oliveira GONÇALVES<sup>1</sup>  
Maria Helena Monteiro de Barros MIOTTO<sup>2</sup>

## RESUMO

**Palavras-chave:**  
Autonomia. Consentimento informado. Bioética.

Este estudo analisa a conduta dos cirurgiões-dentistas (CDs), relacionando-a com seus conhecimentos sobre os princípios bioéticos. O foco principal é desenvolver a reflexão quanto a um problema fundamental na relação profissional de saúde-paciente, o da tomada de decisão, tanto do paciente como do profissional. Seleciona cirurgiões-dentistas inscritos nos cursos de especialização e atualização da Associação Brasileira de Odontologia do Espírito Santo (ABO-ES) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), no ano de 2004, para responder a um questionário autogerenciado e adaptado, totalizando 130 CDs. Analisa descritivamente os dados, por meio de tabelas de frequência para cada um dos itens do instrumento de pesquisa e o teste qui-quadrado verifica a independência entre as variáveis. De acordo com os dados obtidos pelo roteiro dirigido, 74 (56,90%) dos CDs já ouviram falar em consentimento livre e esclarecido ou consentimento informado. Dos CDs que responderam ter ouvido falar sobre consentimento livre e esclarecido, apenas 37,80% afirmaram usá-lo rotineiramente no consultório odontológico. De acordo com os resultados, o tempo de profissão dos CDs relacionado com o fato de conhecer o termo consentimento informado ou livre e esclarecido não está associado, sendo, assim, variáveis independentes. O tempo de profissão e “tipo de tratamento solicitado pelo paciente”, quando analisados, também não demonstraram associação (são variáveis independentes). Observa-se o número significativo de profissionais que relata não ter conhecimento sobre o termo consentimento informado, apesar de mostrarem preocupação com a valorização dos pacientes como indivíduos capazes de decidir o melhor para sua saúde. Os profissionais que cursavam especialização, quando comparados com os que estavam cursando atualização, mostraram ter maior conhecimento sobre o termo consentimento informado. O valor do teste qui-quadrado foi significativo ao nível  $p < 0,001$ , isto é, cursar especialização e “ouvir falar” e “não ouvir falar” do consentimento são variáveis associadas, portanto, dependentes.

Data de recebimento: 4-7-2005  
Data de aceite: 29-7-2005

\* Resumo da monografia apresentada ao Curso de Especialização da ABO-ES para obtenção do título de Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva.

<sup>1</sup> Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva.

<sup>2</sup> Mestre em Saúde Coletiva; coordenadora do curso de Especialização em Saúde Coletiva – ABO-ES.

## INTRODUÇÃO

Uma das principais preocupações atuais da Bioética é com a relação entre o profissional e o paciente, no que concerne ao uso do poder, adquirido pelo saber de um em relação à liberdade do outro (SOARES et al., 1999). Ela nasce, num contexto científico, como uma necessidade de proteger a vida humana diante de todas as inovações técnico-científicas na área das ciências da vida. Trata de integrar a Ética com as ciências biomédicas (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1996).

Os cirurgiões-dentistas (CDs) e demais profissionais de saúde se habituaram a agir de forma paternalista com seus pacientes, na maioria das vezes buscando o benefício desse indivíduo. Assim, tem-se o limite entre a beneficência e o paternalismo marcado pela fragilidade de um e pela autoridade derivada do saber do outro.

A questão paternalista interfere na liberdade pessoal, portanto torna-se importante que haja o consentimento da pessoa que irá receber o benefício e, para que isso ocorra, o paciente deve ter sua autonomia respeitada. Assim a informação seria a saída para que os indivíduos possam decidir sobre suas vidas.

A sociedade brasileira, devido ao considerável número de pessoas com nível de educação insuficiente ou baixo, facilita e, até certo ponto, justifica a prática do paternalismo no cuidado à saúde, portanto o paternalismo deve ser contemplado e avaliado por meio da luz irradiada pelos princípios da beneficência e da autonomia (KIPPER, CLOTET, 1998). O próprio respeito contemporâneo à pluralidade sociocultural requer que as ações médicas sejam baseadas nos princípios do respeito, da compreensão, da tolerância e da solidariedade (GARRAFA, 1995).

O objetivo deste estudo é a avaliação das condutas dos CDs com seus pacientes, relacionando-as com seus conhecimentos sobre os princípios bioéticos.

## REVISÃO DA LITERATURA

O Relatório de Belmont (Belmont Report) e o livro de Beauchamp e Childress (Principles of Biomedical Ethics) deram início à era do principlismo (ou Bioética dos princípios), ou seja, a Escola Bioética baseada no uso dos princípios como modelo explicativo (COSTA; GARRAFA; OSELKA,

1998). O Relatório apresenta os princípios básicos que podem ajudar na solução dos problemas éticos surgidos na pesquisa com seres humanos. Por outro lado, Beauchamp e Childress tentam apresentar uma teoria de princípios básicos da moral alicerçada nos princípios do respeito da autonomia, da não-maleficência, da beneficência e da justiça (KIPPER; CLOTET, 1998).

A beneficência e a não-maleficência são dois princípios que podem pautar a conduta do profissional de saúde e ajudá-lo em situações de conflito, contudo nenhum desses princípios tem caráter absoluto. A beneficência, em seu sentido estrito, deve ser entendida como uma dupla obrigação: primeiramente, a de não causar danos e, em segundo lugar, a de maximizar o número de possíveis benefícios e minimizar os prejuízos (KIPPER, CLOTET, 1998).

Segundo Muñoz e Fortes (1998), a autonomia é um termo derivado do grego "auto" (próprio) e "homos" (lei, regra, norma), que significa autogoverno, autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais. A pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, é livre de coações internas ou externas para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas. Conforme Sgreccia (1996), a autonomia funda-se no respeito à pessoa humana, à individualidade, à manifestação da vontade. Para existir uma reação autônoma, é preciso que se tenha a possibilidade de alternativas de ação ou que seja possível que o agente crie, pois, se existe apenas um único caminho a ser seguido, uma única forma de algo ser realizado, não há propriamente o exercício da autonomia. Assim, o paciente tem o direito moral de ser esclarecido sobre a natureza e os objetivos dos procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos; ser informado da duração dos tratamentos, dos benefícios, prováveis desconfortos, inconvenientes e possíveis riscos físicos, psíquicos, econômicos e sociais que ele possa ter (MUNÓZ; FORTES, 1998).

A Resolução 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde, dispõe sobre exigências éticas e propõe o termo consentimento livre e esclarecido e ainda exige que seja feito em linguagem acessível, que seja adequado ao universo cultural e às necessidades de seus potenciais sujeitos, de maneira a respeitar sua autonomia (HARDY, 2004). O

consentimento só é moralmente aceitável quando está fundamentado em quatro elementos: informação, competência, entendimento e voluntariedade (HEWLETT, apud MUNÓZ; FORTES, 1998).

Evidencia-se, então, o elemento comunicação, haja vista que a informação prestada ao paciente deve ser realizada de modo a facilitar o entendimento. Nesse sentido, empregar apenas a linguagem técnica poderá comprometer a comunicação. Sem entendimento, compreensão, não há consentimento informado válido e, portanto, não há autorização para a prática terapêutica proposta (MARCHI; SZTAIN, 1998). De acordo com Souza (2001), a vontade e os valores morais de um paciente precisam ser respeitados para que haja autodeterminação.

Com relação à Bioética, o consentimento informado repousa sobre a autonomia dos usuários de serviço de saúde. A autonomia se manifesta na escolha do profissional de saúde, na aceitação ou rejeição das medidas terapêuticas propostas (MARCHI; SZTAIN, 1998). Aceita-se a noção de consentimento esclarecido como ato de decisão voluntária, realizado por uma pessoa competente, embasada em adequada informação e que seja capaz de deliberar tendo compreendido a informação revelada, aceitando ou recusando propostas de ação que o afetem ou poderão afetar (FORTES, 2000).

De maneira geral, os CDs, assim como os médicos, se acostumaram a agir de forma paternalista com seus pacientes. Baseados em conhecimentos técnicos, em princípios da beneficência e da não-maleficência, eles decidem por seus pacientes o que é melhor para eles ou ainda não informam sobre prognósticos do tratamento, além de realizarem procedimentos sem discutir possíveis alternativas (SOARES et al., 1999). Um ato paternalista poderia ser definido como a desconsideração intencional das preferências ou atitudes conhecidas de alguém por outra pessoa, em que aquele que desconsidera justifica sua ação pela intenção de propiciar um benefício ou evitar um risco à pessoa que foi alvo de sua ação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, apud ALMEIDA 1996). A moralidade do paternalismo começou a ser discutida a partir da crescente valorização do princípio de respeito à autonomia e, ainda hoje, constitui uma questão em aberto na Ética aplicada (ALMEIDA, 1999). Nesse contexto, o doente, como a matriz de usuário dos serviços de saúde, insurgiu-se não só contra os

erros profissionais, mas também contra o descumprimento dos deveres de humanidade, tais como: desrespeito à autonomia, à privacidade, ao sigilo, à ausência de prontuário e registros sobre sua assistência, à falta de informação clara e acessível e até à letra indecifrável dos responsáveis pelos registros e prontuários (MARCHI; SZTAIN, 1998).

Em um estudo realizado por Soares et al. (1999), em que os autores entrevistaram aleatoriamente 96 CDs perguntando se já tinham ouvido falar sobre o consentimento livre e esclarecido, o resultado só foi maior entre os recém-formados (53,33%), justificando esse percentual, talvez, pela recente introdução da Bioética nos currículos acadêmicos, bem como a participação mais freqüente desses profissionais em congressos, palestras e conferências em busca de atualização. Os autores acharam surpreendente o fato de 32,29% dos CDs entrevistados por eles fazerem uso do consentimento informado rotineiramente no seu consultório, relatando que talvez esses profissionais não tenham assimilado o significado real da expressão consentimento livre e esclarecido ou simplesmente consentimento. O fato de o profissional conhecer ou não o termo consentimento livre e esclarecido não modifica sua atitude diante das diferentes situações clínicas expostas. Essas atitudes talvez ainda estejam relacionadas com o respeito às normas ou leis apresentadas aos CDs durante sua graduação, por meio do Código de Ética Profissional (SOARES et al., 1999).

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a chamada Constituição Cidadã, muitos direitos surgiram em benefício da população e, como consequência, os deveres igualmente se multiplicaram. Dentre os direitos e deveres que mais tomaram corpo, podemos destacar, sem medo de errar, o direito à informação, pois o paciente ficou com o direito de ser informado e o CD com o dever de informar (SANTOS, 2003).

Segundo o Código de Ética Odontológica, iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência, e deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento constituem infrações éticas (CFO, 2003).

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram convidados todos os cirurgiões-dentistas inscritos nos cursos de especialização e atualização da Associação Brasileira de Odontologia do Espírito Santo (ABO-ES) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), no ano de 2004, para responder ao questionário, totalizando 130 CDs.

Foi utilizado um questionário gerenciado e adaptado, sendo assim, específico para a coleta de dados deste trabalho, que constou de duas partes: na primeira delas, focalizou a identificação do CD, levando em consideração apenas três variáveis a saber: área de atuação, tempo de profissão e tipo de curso que estaria cursando; a segunda parte constitui-se de oito perguntas objetivas e em três delas foram solicitadas justificativas.

O fato de os CDs aceitarem responder ao roteiro foi considerado como um consentimento informado, já que não se poderia gerar nenhum tipo de informação quanto ao assunto.

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ABO para que se iniciasse a pesquisa.

Foi realizada análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. O teste qui-quadrado foi usado para verificar a correlação entre as variáveis.

## RESULTADOS

A distribuição dos CDs, quanto ao tempo de profissão, mostra que pouco mais da metade 68 (52,30%) encontra-se no início da vida profissional

com até cinco anos de atuação. Dos demais, 26 (20,00%) exercem a profissão entre cinco e dez anos; 19 (14,6%) entre dez e vinte anos; e 17 (13,10%) têm mais de vinte anos de profissão.

Quanto à distribuição dos CDs, com relação ao tipo de curso que estavam fazendo, 87 (66,90%) dos entrevistados estavam em fase de término dos cursos de especialização, e os demais 43 (33,10%) cursando atualização.

De acordo com o questionário, 74 (56,90%) dos CDs já ouviram falar em consentimento livre e esclarecido ou consentimento informado, 54 (43,10%) nunca ouviram falar sobre esse termo e dois não responderam à questão.

Dos CDs que responderam ter ouvido falar sobre o consentimento livre e esclarecido, apenas 28 (37,80%) afirmaram usá-lo rotineiramente no consultório odontológico e 46 (62,20%), apesar de já terem ouvido falar sobre o termo, nunca o utilizam.

Quando questionados se discutem com o paciente sobre os possíveis riscos e desconfortos que ele poderá enfrentar ao realizar cada procedimento, observou-se que a grande maioria discute com seus pacientes sobre riscos e desconfortos num total de 105 (80,80%) CDs, os demais, 25 (19,20%), o fazem algumas vezes.

Quando questionados se realizam algum tipo de tratamento solicitado por seu paciente, mesmo sabendo que haveria opções mais adequadas, 44 (33,80%) responderam que sim, 26 (20,00%) disseram que não realizam o tratamento solicitado e 60 (46,20%) só o realizam algumas vezes.

A Tabela 1 mostra a distribuição percentual dos CDs, quanto ao plano de tratamento a ser realizado.

**Tabela 1** - Distribuição dos CDs com relação ao plano de tratamento a ser realizado

Resposta	Número	Percentual
Faz o tratamento que o paciente solicitou ao chegar	0	0,0
Dá a opção que julga mais apropriada e explica ao paciente	37	28,5
Dá mais de uma opção e deixa o paciente decidir	93	71,5
Dá uma única opção, a que julga mais apropriada, e não dá explicação ao paciente	0	0,0
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>

Com relação ao plano de tratamento a ser realizado, 93 (71,50%) dos CDs afirmaram que dão ao paciente mais de uma opção e deixa-o decidir; já os outros 37 (28,50%) dão a opção que julgam mais apropriada e explicam ao paciente (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta os resultados quanto à atitude do profissional diante de um paciente interessado em saber detalhes sobre o tratamento a ser realizado.

**Tabela 2** - Distribuição dos CDs sobre sua atitude diante de um paciente interessado em saber detalhes sobre o tratamento

<b>Resposta</b>	<b>Número</b>	<b>Percentual</b>
Explica minuciosamente	93	71,5
Explica apenas o que acha mais importante	14	10,8
Explica apenas o que interessa ao paciente	11	8,5
Explica em termos gerais	12	9,2
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>

Dos CDs entrevistados, diante de um paciente interessado em saber detalhes sobre o tratamento, 93 (71,30%) relataram explicar minuciosamente ao paciente; 14 (10,80%) explicam apenas o que consideram importante; 11 (8,50%) disseram explicar apenas o que interessa ao paciente; e 12 (9,20%) só explicam em termos gerais (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a distribuição percentual dos entrevistados, quando questionados sobre o fato de conceder ao paciente a alternativa de recusar o uso da anestesia, ainda que julgue necessária.

**Tabela 3** - Distribuição dos CDs sobre a concessão ao paciente da alternativa de recusar o uso de anestesia

<b>Resposta</b>	<b>Número</b>	<b>Percentual</b>
Sim	72	55,4
Não	23	17,7
Algumas vezes	35	26,9
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>

Do total de entrevistados sobre o fato de conceder ao paciente a alternativa de recusar o uso da anestesia, ainda que julgue necessária, 72 (55,40%) dos CDs afirmaram que concedem, em contraposição aos 23 (17,70%) que disseram não conceder a recusa ao paciente da utilização da anestesia; 35 (26,90%) só o fazem algumas vezes (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta o resultado das quatro perguntas feitas aos CDs em relação à questão de realizar o tratamento solicitado por seu paciente como o de maior prioridade para ele, ainda que durante o exame clínico seja detectada a presença de uma emergência iminente.

**Tabela 4** - Distribuição dos CDs sobre a realização do tratamento solicitado por seu paciente como o de maior prioridade para ele

<b>Resposta</b>	<b>Número</b>	<b>Percentual</b>
Continua normalmente o tratamento solicitado	1	0,8
Informa ao paciente e consulta sobre a mudança de prioridade	122	93,8
Informa ao paciente e não consulta sobre a mudança de prioridade	3	2,3
Informa, não consulta e estabelece nova prioridade de acordo com seus critérios	4	3,1
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>

Dos profissionais entrevistados, 122 (93,80%) relataram informar ao paciente e consultar sobre a mudança de prioridade; 3 (2,30%) disseram que informam ao paciente mas não consultam quanto à mudança de prioridade; 4 (3,10%) informam, não consultam quanto à mudança de prioridade e estabelecem uma nova, de acordo com os seus critérios. Apenas um CD (0,80%) relatou continuar o tratamento (Tabela 4).

O Gráfico 1 mostra a distribuição percentual dos CDs quanto a ter ouvido falar em consentimento livre e esclarecido segundo tempo de serviço.

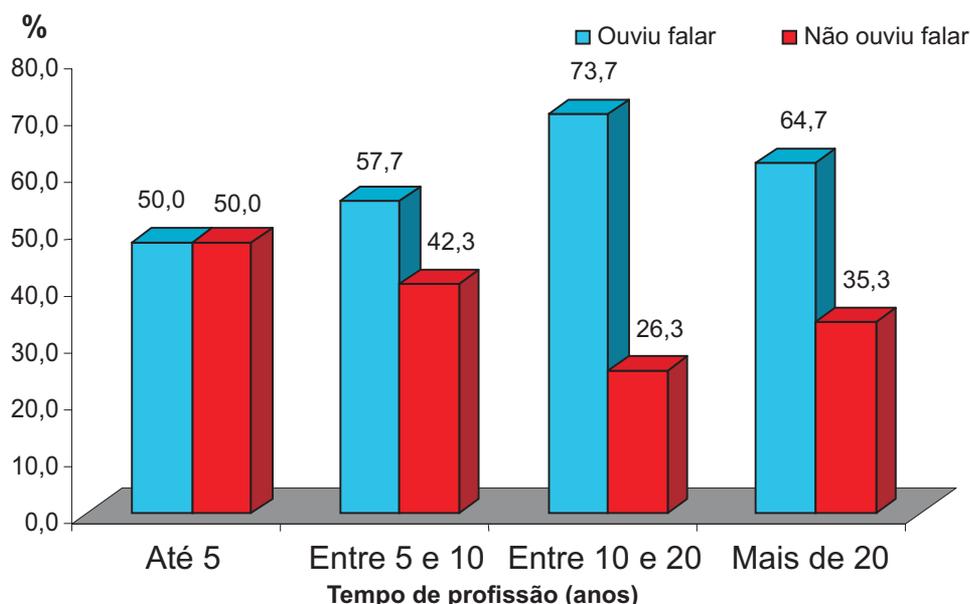


Gráfico 1 - Distribuição percentual quanto a ter ouvido falar em consentimento livre e esclarecido segundo tempo de serviço dos CDs entrevistados

Dos CDs entrevistados que têm até cinco anos de profissão, metade (34) já ouviu falar em consentimento livre e esclarecido e outra metade nunca ouviu falar. Dos profissionais que têm entre cinco e dez anos, 15 (57,70%) já ouviram falar sobre o termo, em contraposição aos 11 (42,30%) que nunca ouviram falar. Daqueles que têm entre dez e vinte anos de atuação, 14 (73,70%) já ouviram falar a respeito do termo e 5 (26,30%) nunca ouviram falar. Dos profissionais com mais de vinte anos de atuação, 12 (64,70%) ouviram falar e 5 (35,30%) nunca ouviram falar sobre o termo. O valor do teste qui-quadrado ( $\chi^2 = 3,93$ ) não foi significativo ao nível  $\alpha = 5\%$  ( $p > 0,05$ ), isto é, as variáveis tempo de profissão e "ouvir falar" e "não ouvir falar" de consentimento não estão associadas, são variáveis independentes (Gráfico 1).

O Gráfico 2 demonstra a distribuição percentual quanto a ter ouvido falar em consentimento livre e esclarecido, segundo especialização dos CDs entrevistados.

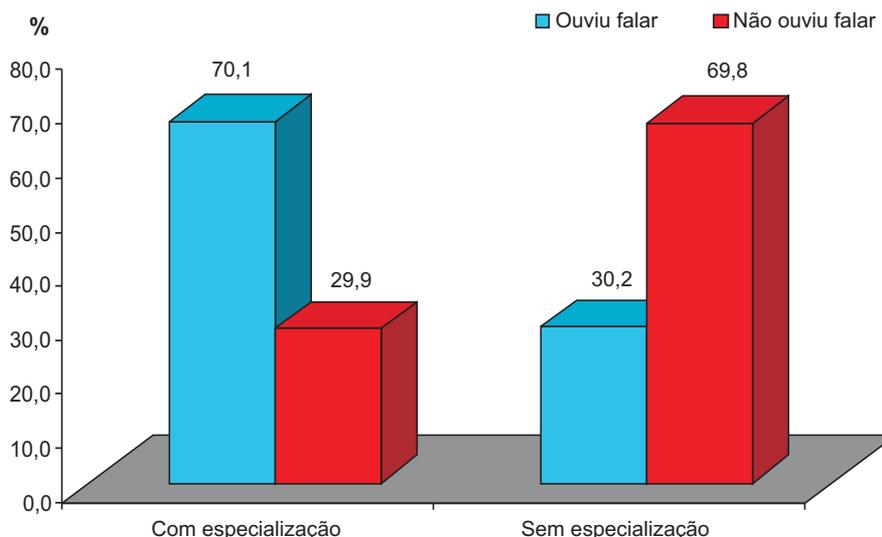


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos CDs quanto a ter ouvido falar em consentimento livre e esclarecido, segundo sua especialização

Dos profissionais que ouviram falar sobre o consentimento livre e esclarecido, segundo tipo de curso que estavam cursando, o Gráfico 2 nos mostra que, dos CDs que estavam cursando especialização, 61 (70,10%) ouviram falar sobre o termo e 26 (29,90%) nunca ouviram falar. Dos CDs entrevistados que cursavam atualização, 13 (30,20%) relataram ter ouvido falar sobre o termo e 30 (69,80%) responderam não ter conhecimento sobre o termo. O valor do teste qui-quadrado ( $\chi^2 = 18,66$ ) foi significativo ao nível  $\alpha = 1\%$  ( $p < 0,01$ ), isto é, cursar especialização e “ouvir falar” e “não ouvir falar” de consentimento estão associados, são variáveis dependentes (Gráfico 2).

O Gráfico 3 relaciona a distribuição percentual quanto à realização de tratamento solicitado pelo paciente, sabendo de opções mais adequadas, segundo tempo de profissão dos CDs entrevistados.

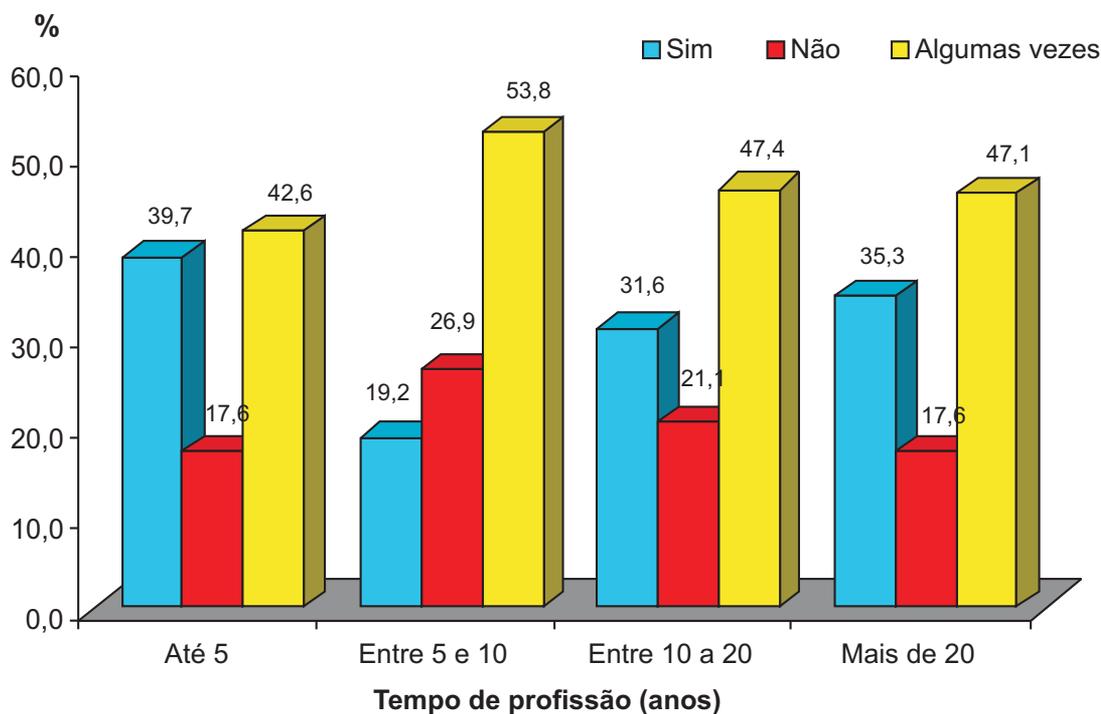


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos CDs quanto à realização de tratamento solicitado pelo paciente

Dos CDs que têm até cinco anos de atuação, 27 (39,70%) realizam o tratamento solicitado pelo paciente, mesmo sabendo de opções mais adequadas; 12 (17,60%) não realizam o tratamento solicitado; e 29 (42,60%) o fazem algumas vezes. Dos profissionais entre cinco e dez anos de profissão, 5 (19,20%) realizam o tratamento solicitado, 7 (26,9%) não realizam; e 14 (53,80%) o fazem algumas vezes. Dos CDs entre dez e vinte anos de profissão, 6 (31,60%) afirmaram que realizam o tratamento solicitado, 4 (21,00%) não realizam; e 9 (47,70%) responderam que só realizam algumas vezes. Dos que têm mais de vinte anos de profissão, 6 (35,30%) responderam que sim; 3 (17,60%) relataram que não; e 8 (47,10%) o fazem algumas vezes. O valor do teste qui-quadrado ( $\chi^2 = 3,76$ ) não foi significativo ao nível  $\alpha = 5\%$  ( $p > 0,05$ ), isto é, tempo de profissão e “tipo de tratamento solicitado pelo paciente” não estão associados, são variáveis independentes (Gráfico 3).

O Gráfico 4, indica o percentual quanto à atitude com relação ao plano de tratamento a ser realizado segundo o tempo de profissão dos CDs entrevistados.

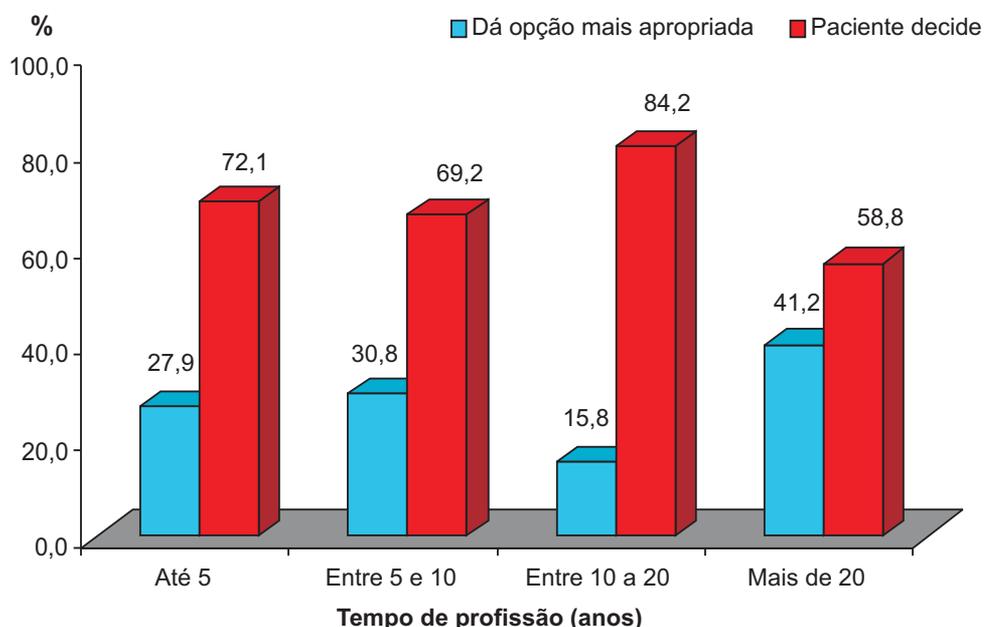


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos CDs quanto à atitude com relação ao plano de tratamento segundo tempo de profissão dos entrevistados

Entre profissionais com até cinco anos de atuação, apenas 19 (27,90%) responderam que dão a opção mais apropriada e explicam ao paciente e 49 (72,10%) dão mais de uma opção e deixam o paciente decidir. Dos CDs que têm entre cinco e dez anos de profissão, 8 (30,80%) dão a opção que julgam mais apropriada e 18 (69,20%) oferecem mais de uma opção e o paciente decide. Dos CDs que têm entre dez e vinte anos, 3 (15,80%) dão a opção que julgam mais apropriada e 16 (84,20%) indicam mais de uma opção e deixam que o paciente decida. Dos CDs com mais de vinte anos de profissão, 2 (41,20%) dão apenas a opção que julgam mais apropriada e explicam ao paciente e 15 (58,80%) deixam que o paciente decida após darem mais de uma opção (Gráfico 7). O valor do teste qui-quadrado ( $\chi^2 = 2,92$ ) não foi significativo ao nível  $\alpha = 5\%$  ( $p > 0,05$ ), isto é, tempo de profissão e “plano de tratamento” não estão associados (são variáveis independentes).

## DISCUSSÃO

Com o passar dos anos, dentro dos consultórios dentários (particulares ou públicos), uma nova relação se estabelece: pacientes que antes não

questionavam o tratamento proposto por seu cirurgião-dentista, agora buscam informações mais detalhadas sobre os procedimentos utilizados (SOARES et al., 1999).

Diferente dos achados de Soares et al. (1999), em que o percentual de CDs entrevistados que já tinham ouvido falar sobre o consentimento livre e esclarecido foi maior entre os recém-formados (53,33%), a proporção de CDs que, em um percentual menor de 50%, já ouviu falar sobre o termo está entre os profissionais em início de carreira, com até cinco anos de atuação, contra os resultados achados nas outras faixas: entre cinco e dez anos de profissão, 57,7% já ouviram falar; entre dez e vinte anos de atuação, encontra-se o maior percentual (73,7%); e, entre os que têm mais de vinte anos de carreira, 64,7% que já ouviram falar. Talvez se possa justificar essa diferença de resultados devido ao fato de a maior parte dos profissionais (66,9%) estar cursando especialização, já que a Bioética obrigatoriamente faz parte dos currículos desses cursos em sua etapa inicial.

Os resultados deste estudo sugerem que dentistas especialistas teriam uma aproximação maior com seu paciente, devido ao domínio dos princípios bioéticos, o que vai de encontro à opinião de Garrafa (1995) o qual cita que, apesar das inegá-

veis vantagens que a criação das especialidades trouxe, dois fenômenos passaram a ocorrer com frequência após sua chegada: um foi a aquisição de grandes conhecimentos por parte dos profissionais sobre dimensões específicas e reduzidas do corpo humano, acabando muitas vezes por não compreender, ou ver o ser social (indivíduo) no qual os fenômenos estão acontecendo; e o outro foi a divisão do corpo humano em partes (especialidades), dividindo, assim, também a responsabilidade ética, pois cada especialidade passou a ser responsável por um fragmento da história clínica do doente, ninguém ficou responsável pelo todo.

De acordo com o Código de Ética Odontológica, iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência, constitui infração ética. Mesmo assim, dos CDs que afirmaram ter conhecimento sobre o termo consentimento livre e esclarecido, apenas 37,80% relataram usá-lo rotineiramente e 62,20% disseram que nunca o utilizam. Esse resultado foi semelhante ao de Soares et al. (1999), que acharam surpreendente o fato de 32,29% dos CDs entrevistados por eles fazerem uso do consentimento informado rotineiramente no seu consultório, relatando que talvez esses profissionais não tenham assimilado o significado real da expressão consentimento livre e esclarecido ou simplesmente consentimento informado.

A Resolução 196/96, sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, dispõe sobre exigências éticas e propõe o termo consentimento livre e esclarecido e outros referenciais básicos da Bioética principialista. Soares et al. (1999) sugeriram que se elabore um termo de consentimento livre e esclarecido nos consultórios odontológicos, fazendo uma adaptação das disposições contidas na Resolução 196/96, incluindo os seguintes aspectos citados e escritos em linguagem acessível: justificativa, objetivos e procedimentos a serem realizados; desconfortos, riscos e benefícios esperados; liberdade para recusar ou retirar o consentimento sem qualquer penalização; assinatura ou identificação dactiloscópica do paciente.

Dos 130 profissionais entrevistados, 32,29% utilizam o consentimento informado. A maior parte deles (80,8%) relatou discutir com o paciente sobre os possíveis riscos e desconfortos e justificou essa resposta afirmando discutir para evitar problemas futuros com o paciente. Os demais

(19,2%) só o fazem algumas vezes, esclarecendo que depende do tipo de intervenção e do risco de cada procedimento, mesmo que constitua infração ética deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento (CFO, 2003). Segundo Munõz e Fortes (1998), o paciente tem o direito moral de ser esclarecido sobre a natureza e os objetivos dos procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos; ser informado de sua invasibilidade, da duração dos tratamentos, dos benefícios, prováveis desconfortos, inconvenientes e possíveis riscos físicos, psíquicos, econômicos e sociais que possa ter.

Quando questionados sobre o que fariam diante de um paciente que solicitasse algum tipo de tratamento, prevalecendo assim a vontade dele, apenas 33,8% CDs afirmaram que realizaram o tratamento solicitado, e 46,2% disseram que atenderiam o paciente algumas vezes. Quase todos justificaram as respostas relatando que avaliam a condição socioeconômica do paciente e que, na maioria das vezes, os impedem de optar pelo tratamento mais adequado. Dos profissionais que disseram não aceitar a solicitação do paciente, 20% relataram saber o que é melhor para o paciente e que temem o comprometimento futuro com a qualidade do tratamento. Essa atitude, segundo Beauchamp e Childress (1994), poderia ser considerada um ato paternalista, em que aquele que desconsidera o pedido do paciente justifica sua ação pela intenção de propiciar um benefício ou de evitar um risco à pessoa que foi alvo de sua ação. A moralidade do paternalismo médico começou a ser discutida a partir da crescente valorização do princípio de respeito à autonomia e, ainda hoje, constitui uma questão em aberto na Ética aplicada (ALMEIDA, 1999). Quanto à atitude dos CDs perante às solicitações dos pacientes, relacionada com o tempo de profissão, não foi observada influência do tempo de atuação na atitude desses profissionais.

Quanto ao plano de tratamento a ser realizado, a maioria dos CDs (71,5%) afirmou dar mais de uma opção deixando o paciente decidir o tratamento a ser realizado, o que, segundo Munõz e Fortes (1998), seria necessário para existir uma reação autônoma (liberdade de decidir, de optar). Já 28,5% afirmaram que dão a opção mais apropriada e a explica ao paciente, talvez embasados no princípio da beneficência, que é o que mais diretamente tem entrado em conflito com o princípio

de respeito à autonomia em determinadas situações médicas. Aqueles que defendem o princípio de beneficência acima do princípio de respeito à autonomia são acusados de paternalismo, um título muito pejorativo no atual contexto social (ALMEIDA, 1999). Verificou-se que o tempo de profissão, quando relacionado com a atitude quanto ao plano de tratamento a ser realizado, não influi de maneira significativa nas atitudes dos CDs.

Uma nova relação entre pacientes e profissionais se estabelece nesse contexto. Pacientes agora questionam o tratamento proposto e buscam informações mais detalhadas sobre os procedimentos. Neste estudo, diante de um paciente interessado em saber sobre os detalhes do tratamento, os CDs, em sua maioria (71,50%), disseram explicar minuciosamente os questionamentos, alguns (10,80%) explicaram o que acham importante, outros (8,50%) afirmaram apenas o que interessa ao paciente e os demais (9,20%) relataram que explicam em termos gerais, porém, ainda segundo Soares et al. (1999), o limite da quantidade e qualidade das informações passadas pelos CDs aos seus pacientes não é evidente e varia de acordo com cada profissional.

As informações devem ser simples, aproximativas, inteligíveis, dentro de padrões acessíveis ao nível intelectual e cultural do paciente. A pessoa pode ser informada, mas isso não significa que esteja esclarecida, caso ela não compreenda o sentido das informações fornecidas, principalmente quando as informações não forem adaptadas às suas circunstâncias culturais e psicológicas (KIPPER; CLOTET, 1998).

Soares et al. (1999) procuraram respostas no que se refere às ações paternalistas, avaliando a concessão ou não do cirurgião-dentista a seu paciente quanto à opção de recusar o uso da anestesia, mesmo que a julgue necessária. Os CDs que responderam conceder essa opção (55,4%) e outros que relataram conceder essa opção apenas em algumas situações (26,9%) justificaram que os pacientes apresentam um limiar de dor diferenciado e que eles o conhecem bem. Esse achado é semelhante ao de Soares et al. (1999), que justificaram da mesma forma, quando responderam optar pela concessão da não utilização do anestésico por escolha do paciente. Apenas 17,7% dos profissionais relataram não permitir que os pacientes optassem pela recusa da anestesia e, como justificativa, disseram que o tratamento

ficaria mais difícil, causando mais transtornos a ele e ao paciente. Parece que essa atitude estaria também embasada no princípio bioético da não-maleficência, isto é, preocupados em não tornar o tratamento cansativo e traumático para o paciente, negam-lhe a opção de não usar o anestésico.

A beneficência e a não-maleficência são dois princípios que podem pautar a conduta do profissional de saúde e ajudá-lo em situações de conflito. Contudo, nenhum desses princípios tem caráter absoluto. A aplicação eticamente correta desses princípios é resultado do exercício da prudência, que sempre deveria acompanhar toda atividade e decisão do profissional (KIPPER; CLOTET, 1998).

Apesar de uma grande quantidade dos CDS entrevistados não conhecerem o termo consentimento informado, a maior parte deles (93,8%) afirmou, que, diante de uma descoberta de uma emergência iminente, consultam o paciente antes de estabelecer nova prioridade. Analisando esse resultado, parece que o fato de o profissional conhecer ou não o termo consentimento livre e esclarecido não modifica seu procedimento diante da situação exposta. Essas atitudes talvez ainda estejam relacionadas com o respeito às normas ou leis apresentadas aos CDs durante sua graduação pelo Código de Ética Profissional.

## CONCLUSÃO

Os resultados encontrados demonstraram :

- a) quanto à realização de tratamento solicitado pelo paciente, mesmo sabendo haver opções mais adequadas, não houve diferença entre os resultados significantes, quando relacionados com a variável tempo de profissão dos CDs;
- b) os profissionais que cursavam especialização, quando comparados com os que estavam cursando atualização, mostraram ter maior conhecimento sobre o consentimento informado;
- c) não houve diferença percentual significativa, quando se comparou o fato de se ter ouvido falar sobre o consentimento livre e esclarecido com o tempo de profissão dos CDs;
- d) também não se observou diferença percentual significativa quanto ao tempo de profissão dos CDs, quando relacionado com o plano de tratamento a ser apresentado ao paciente.

## ABSTRACT

### ANALYSIS OF DENTAL SURGEONS' INFORMATION LEVEL ABOUT INFORMED CONSENT

This study analyzes the conduct of dental surgeons (DS), relating it to their knowledge about bioethical principles. The main focus is developing reflections concerning a fundamental problem in the health professional-patient relationship: the decision making, by both the patient and the professional. It selects dental surgeons registered in the refresh and specialization courses offered by Associação Brasileira de Odontologia do Espírito Santo (ABO-ES) and by Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) in the year 2004 (a total of 130 DS), to answer a questionnaire. It analyzes the data descriptively through frequency tables for each one of the research instruments, and the chi-square test verifies the association among the variables. According to the data obtained through the questionnaire, 74 professionals (56.90%) had heard about informed consent. Only 37.80% of the DS who had heard about informed consent, declared to use it on a frequent basis in their dental offices. According to the results, the professional experience of the DS is not related to the fact that they know the term informed, free or clarified consent, which are, therefore, independent variables. When professional experience and "kind of treatment required by the patient" are analyzed, they do not show any association, either. A significant number of professionals reporting not knowing about the term informed consent was observed, despite the fact that these professionals worry about valuing their patients as individuals capable of deciding what is best for their health. The professionals taking the specialization course, compared to the ones taking the refresh course, demonstrated more information about the term informed consent. The chi-square test value was significant at the  $p < 0,001$  level, that means, taking specialization, and "having heard" and "not having heard" about the consent are associated variables, therefore dependent ones.

**Keywords:** Autonomy. Informed consent. Bioethics.

## REFERÊNCIAS

- 1 ALMEIDA, J. L. T. **Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido**: uma abordagem principialista da relação médico-paciente. 1999. Tese (Doutorado)- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. Disponível em :< <http://portalteses.cict.fiocruz.br>>. Acesso em: 5 jun. 2004.
- 2 BRASIL. Resolução196/96. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 15 jan. 2005.
- 3 CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **Código de ética odontológica**. Rio de Janeiro: CFO, 2003.
- 4 FORTES, P. A. de C. **Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido**. Disponível em: < <http://portalmedico.org.br>>. Acesso em: 2 mar. 2005.
- 5 GARRAFA, V. **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1995.
- 6 HARDY, E.; BENTO, S. F.; OSIS, M. J. D. **Consentimento livre e esclarecido**: experiência de pesquisadores brasileiros na área da regulação da fecundidade. Disponível em: <<http://www.scielo.com>>. Acesso em: 21 jul. 2004.
- 7 KIPPER, D. J.; CLOTET, J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: CFM, 1998. p. 37-52.
- 8 MARCHI, M. M. ; SZTAJN, R. Autonomia e heterotomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. **Rev. Bioética**, v. 6, 2000.
- 9 MUNÕZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S. I. F. ; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: CFM, 1998. p. 53-70.
- 10 PEGORARO, O. A. Da subsistência à existência. **Ética e bioética**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
- 11 PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 1991.
- 12 SANTOS, A. M. **Relação CD paciente**: o direito à informação e o termo de esclarecimento.

Disponível em: <<http://www.odontologia.org.br>>.

Acesso em: 17 jun. 2004.

13 SGRECCIA, E. I. **Manual de bioética**. 3. ed., São Paulo: Loyola, 1996.

14 SOARES, M. T. A. M.; MOTA, M. A.; GRAVINA, D. B. L. **Odontologia e a bioética: o respeito à autonomia dos pacientes por cirurgiões-dentistas do Distrito Federal**. 1999. 40 f. Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva)-Curso de Especialização em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

15 SOUZA, N. T. C. **Consentimento informado na atividade médica e a autonomia do paciente**.

Disponível em: <<http://www.ibemol.com.br>>.

Acesso em: 20 jun. 2004.

**Correspondência para/Reprint request to:**

*Mônica de Oliveira Gonçalves*

Rua: Dr João Carlos de Souza, 03/104

Santa Luiza, Tel.: (27) 3225-4125

Vitória, ES 29045-410

[monicaog@click.com.br](mailto:monicaog@click.com.br)