



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Campany, Luciana Narciso da Silva; Rego, Sergio
Bioética em odontologia: autonomia dos pacientes em clínicas de ensino
Revista Bioética, vol. 32, e3479PT, 2024
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420243479PT>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361577873009>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UAEH [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Bioética en odontología: la autonomía del paciente en los centros docentes

Luciana Narciso da Silva Campamy¹, Sergio Rego¹

1. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Manguinhos/RJ, Brasil.

Resumen

Este artículo tiene el objetivo de analizar el respeto al principio de autonomía en la atención a los pacientes de los centros odontológicos docentes desde el punto de vista de profesores y estudiantes. Para ello, se analizaron dos universidades públicas del estado de Río de Janeiro. Los datos de la investigación se obtuvieron de entrevistas individuales y grupos focales realizadas a estudiantes en el último año de graduación, de entrevistas a docentes y observación participante. Los resultados revelaron que la atención en los centros educativos analizados, en ocasiones, no incluyen el respeto al principio de autonomía de los pacientes. La formación de los profesionales reproduce el modelo hegemónico tecnista y se rige por el establecimiento de una relación paternalista entre los profesionales y los pacientes, lo que contribuye a una constante e indeseable violación de los derechos de los pacientes.

Palabras clave: Bioética. Autonomía personal. Capacitación de recursos humanos en salud. Odontología. Consentimiento informado. Principios morales.

Resumo

Bioética em odontologia: autonomia dos pacientes em clínicas de ensino

Este artigo foi desenvolvido com o objetivo de analisar o respeito ao princípio da autonomia na assistência aos pacientes atendidos em clínicas odontológicas de ensino, do ponto de vista de professores e alunos. Com esse propósito, foram estudadas duas faculdades públicas do estado do Rio de Janeiro. Os dados das pesquisas foram obtidos por meio da realização de entrevistas individuais e grupos focais com alunos do último ano da graduação, entrevistas com professores e observação participante. Os resultados revelaram que os atendimentos nas instituições de ensino analisadas por vezes não contemplam o respeito ao princípio da autonomia dos pacientes. A formação profissional observada reproduz o modelo hegemônico de educação tecnista e é regida pelo estabelecimento de uma relação paternalista entre profissionais e pacientes, o que contribui para uma constante, e indesejável, violação dos direitos dos pacientes.

Palavras-chave: Bioética. Autonomia pessoal. Capacitação de recursos humanos em saúde. Odontologia. Consentimento livre e esclarecido. Princípios morais.

Abstract

Bioethics in dentistry: patient autonomy in teaching clinics

This article analyzes the respect for patient autonomy in dental teaching clinics as perceived by professors and students. Data were obtained by means of individual interviews and focus groups with senior students, teachers interviews and participant observation in two public state universities. Results showed that care provision at the analyzed educational institutions oftentimes does not include respect for patient autonomy. The observed professional training reproduces the hegemonic technician education and is informed by a paternalistic physician-patient relation that contributes to a constant and undesirable violation of patient rights.

Keywords: Bioethics. Personal autonomy. Health human resource training. Dentistry. Informed consent. Morals.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación investigación Alfa CEP: CAAE 0090.0.258.000-10 / Aprobación investigación Beta CEP: CAAE 26087013.7.0000.5240

El siglo XX estuvo permeado por la incidencia de una mayor reivindicación de derechos individuales. Como hitos importantes de esa época, se puede destacar la elaboración del *Código de Núremberg* y la promulgación de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, que tienen como objetivo garantizar la defensa de la libertad y de la dignidad humana. A partir de los años 1960, la atención de las personas se dirigió hacia las consecuencias que el avance tecnológico podría tener en sus vidas, incluso porque las investigaciones se llevaban a cabo en miembros de grupos vulnerables. En ese contexto, los principios del respeto a la autonomía de los individuos y de la justicia se convierten en pilares morales de la ciudadanía moderna^{1,2}.

Un movimiento importante fue el de defensa de los derechos de los consumidores, hecho que abarcó también el área de cuidados en salud. De esta forma, los pacientes comenzaron a exigir participación en las discusiones sobre posibilidades terapéuticas y en la toma de decisiones sobre su salud, frente al paternalismo médico; a la idea de que el médico es el gran poseedor del conocimiento, a quien el paciente debe obedecer siempre. El respeto al principio de la autonomía de la persona comienza, entonces, a ser reconocido en las leyes de los Estados Unidos de América, Canadá y Europa¹.

A finales de la década de 1970, Beauchamp y Childress³ formularon su propuesta teórica basada en principios, que fue publicada en el libro *Principios de ética biomédica*. En ella, defienden que las decisiones éticas relacionadas con la práctica clínica deben discutirse sobre la base de cuatro principios no jerárquicos: autonomía (respeto a la capacidad de toma de decisiones por personas autónomas), beneficencia (los beneficios deben ser proporcionados y sopesados contra los riesgos y costos), no maleficencia (se deben prevenir los daños) y justicia (distribución justa de beneficios, riesgos y costos).

El objetivo de este trabajo es discutir la autonomía de los usuarios de las clínicas docentes en odontología según la perspectiva principialista, en la que su concepto se utiliza para *examinar la toma de decisiones en el cuidado de la salud para identificar aquello que está protegido por las reglas de consentimiento informado, rechazo informado, veracidad y confidencialidad*⁴.

Autonomía personal

La palabra autonomía proviene del griego *autus* (el propio, el mismo, por sí mismo) y *nomos* (norma, institución, gobierno, convención ley). Inicialmente, se utilizó con referencia a la auto-gestión o al autogobierno de las ciudades-estado independientes griegas. Kant fundamenta el concepto de dignidad de la persona humana en la capacidad de los humanos de atribuirse leyes a sí mismos, desde una perspectiva universalista.

Una persona autónoma actúa de acuerdo con un plan definido por ella misma, mientras que alguien que tiene su autonomía reducida está, al menos en algún aspecto, controlado por otras personas, o es incapaz de deliberar y actuar con base en sus deseos y planes de forma plena. Esta limitación de la autonomía puede deberse a algunos factores, como la incapacidad cognitiva para la comprensión absoluta o la privación de libertad. Además, los sujetos autónomos pueden sufrir restricciones temporales en su autogobierno, debido a enfermedades, ignorancia, limitaciones sociales, coerción y manipulación. En el ámbito de la salud, el principal medio de manipulación es la información, por medio de la cual se modifica la comprensión que la persona tiene de su condición, de modo que acepte plenamente todo lo que le propone el agente manipulador³.

El respeto a la autonomía de los pacientes hace que los profesionales de la salud tengan el deber de aclarar la información, verificar y asegurar la comprensión y la voluntariedad del individuo, y alentarlos a tomar decisiones adecuadas. Una persona es capaz de tomar decisiones autónomas cuando puede comprender la información que se le proporciona, emitir un juicio sobre esa información con base en sus propios valores y expresar libremente su voluntad a los profesionales que le asisten³. Pero también se trata de un proceso muy difícil, ya que es posible que exista una especie de filtro que el profesional aplica a la hora de transmitir información (conscientemente o no) que lo conduce a presentar solo lo que juzgue pertinente. Es decir, la capacidad de que el otro decida de forma autónoma estaría limitada, ya que no tendría acceso a toda la información, sino solo a aquella que el informante considere conveniente, relevante o aceptable.

Defender la autonomía es reconocer que en la relación entre el profesional de la salud y el paciente ambos deben tener espacio de voz activa, respetando las diferencias de valores, las expectativas, las demandas y los objetivos de las partes y reconociendo que el sujeto del proceso terapéutico es el paciente⁵. La autonomía puede observarse como categoría rectora y contenido central de la promoción de la salud. Cualquier intervención que amplíe la capacidad de las personas para actuar sobre los determinantes de su salud se considera una acción generadora de autonomía⁶.

El consentimiento libre, previo e informado (CLPI) es un instrumento que tuvo sus orígenes en la investigación, con el objetivo de reducir riesgos para los participantes y prevenir la ocurrencia de injusticias y la explotación de vulnerabilidades. La demanda social por la protección de los derechos de los pacientes lo incorporó a la atención en salud. En ambos casos, lo que se desea es garantizar el respeto a la autonomía; es asegurar que un individuo *con una comprensión sustancial y en una falta sustancial de control por parte de otros, autorice intencionalmente a un profesional a hacer algo*⁷.

El documento debe explicar toda la intervención propuesta y ser específico para cada uno de los procedimientos que se pretende ejecutar. Reunir múltiples autorizaciones en un solo documento (algo común en las instituciones educativas) puede hacer que el paciente, lego y vulnerable, considere imprescindible consentir todo lo contenido en dicho documento antes de iniciar su tratamiento. Esto puede no corresponderse con la realidad, ya que se facilita al paciente el derecho a no consentir cualquier cosa con la que no esté de acuerdo, como la divulgación de su imagen para su uso en trabajos académicos. El proceso de consentimiento debe expresar el libre albedrío, la previa aclaración adecuada y la comprensión de las diferentes dimensiones del cuidado o de la investigación. El documento debe ser pasible de renovación y revocación^{3,5,8-11}.

La redacción de la Resolución 196/1996 del Consejo Nacional de Salud (CNS)¹² tuvo cuidado de no mantener la traducción directa de la expresión *informed consent* como consentimiento informado, al establecer directrices y normas reguladoras para la investigación con seres humanos en Brasil, ya que lo que

buscamos es más que simplemente informar a alguien sobre algo. Es necesario que el individuo comprenda lo que se le transmite. En este proceso, también es importante asegurar que se preserve la confidencialidad de la asistencia¹³.

A lo largo de la formación, se debe fomentar en los futuros profesionales el desarrollo de habilidades humanísticas, además de las competencias técnicas, para que puedan expresarse en una actuación responsable. Los profesionales deben guiarse por reflexiones críticas y comprometerse con el respeto a los individuos y a la sociedad¹⁴⁻¹⁶. Sin embargo, lo que se ha observado es el establecimiento de una relación paternalista entre odontólogos y pacientes, en la que toda la toma de decisiones se centra en los profesionales. A los asistidos se les impone la obligación de someterse al tratamiento determinado, lo que va en contra del principio de respeto a la autonomía de los usuarios de los servicios de salud. Esta relación de poder es una de las mayores preocupaciones de la bioética actual¹⁷.

Los profesores revelaron a Gonçalves y Verdi¹⁷ la concepción de que la universidad y el servicio que esta brinda a la población están por encima de cualquier derecho del paciente, justificando así toda y cualquier actitud tomada en las clínicas de atención en nombre de la docencia. Desde esta perspectiva, el paciente es visto como un medio a través del cual se logra el fin propuesto por la institución: la formación técnica de los estudiantes. El foco de la asistencia pasa a ser lo que es de interés académico, en detrimento de las demandas de salud de los pacientes, lo que caracteriza una “cosificación” de las personas¹⁵.

Urge una ruptura definitiva con este modelo de relación jerárquica entre profesionales y pacientes, así como con esta lógica de formación objetificadora en las instituciones de enseñanza de odontología, en reconocimiento de los derechos de los pacientes y de sus deseos, expectativas y necesidades.

Método

Este artículo se elaboró con base en investigaciones cualitativas realizadas en dos facultades públicas de odontología del estado de Río de Janeiro, que se identificarán como Alfa¹⁸ y Beta¹⁵

para la diferenciación. Inicialmente, se realizó una revisión de literatura. Se optó por mezclar el uso de descriptores y palabras clave para abarcar el mayor número posible de documentos relativos al tema propuesto en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), las revistas CAPES y SciELO y en publicaciones específicas de bioética (libros y revistas). Los términos buscados, en portugués, español y inglés, fueron los siguientes: princi-palismo, autonomía, consentimiento, forma-ción en odontología, capacitación de recursos humanos en salud, formación en salud, ética, bioética y odontología.

Luego, se realizaron entrevistas individuales, con guion semiestructurado, a nueve docentes del curso de grado y a 20 estudiantes del último curso de la carrera. La recopilación de datos tam-bién incluyó la realización de grupos focales con estudiantes de ambas instituciones y la observación participante en Beta, con el objetivo de observar situaciones cotidianas, como contradicciones entre las normas y prácticas experimentadas por el grupo o por la institución observada.

Cada uno de los grupos focales contó con la participación de siete estudiantes de la institu-ción Alfa y siete estudiantes de la institución Beta, todos en el último curso de la carrera. Se adoptó este método porque se cree que las personas tien-den a hablar de manera más desinhibida y sin-cera cuando se les anima a hacerlo en un grupo, especialmente cuando este grupo está formado por personas a las que conocen.

La obtención de los datos se guio por los precep-tos de las Resoluciones CNS 196/1996¹² (vigente en la etapa de trabajo en Alfa) y 466/2012¹⁹, aprobadas por Comités de Ética en Investigación.

Para evaluar el material recolectado en las entrevistas, en los grupos focales y en el diario de campo elaborado con base en las observacio-nes realizadas, se empleó el análisis temático, que, según Pope, Ziebland y Mays²⁰, es el más utilizado en investigaciones sobre atención sanitaria, en los que los datos se agrupan por temas y se examinan posteriormente.

Tras la transcripción de las entrevistas, se lleva-ron a cabo los siguientes pasos: lectura y análisis criterioso de los contenidos obtenidos; sistema-tización de la información; evaluación y recopila-ción de datos y estructuración de diálogos entre los datos y las referencias teóricas utilizadas.

Para proteger la identidad de los participan-tes de la investigación, se utilizaron los siguientes códigos de identificación:

- Estudiantes: letra A seguida del número del 1 al 20;
- Profesores: letra P seguida de los números del 1 al 9;
- Grupos focales: GF.

Discusión

La educación formal de odontología en Brasil, estructurada en instituciones de educa-ción superior sin vínculo con la formación en medicina, comenzó en 1884. A lo largo de este período, se realizaron algunos cambios en los planes de estudios que, en la gran mayoría de los casos, priorizaron la formación técnica de los ciru-janos dentistas, incluida la incorporación de nue-vas tecnologías. Sin embargo, como observaron Finkler, Caetano y Ramos²¹, las escuelas de forma-ción siguen trabajando menos de lo necesario para el desarrollo de la dimensión ética y humanística en las acciones de cuidados en salud.

La recopilación de datos se inició con un grupo focal en la institución Alfa. En esa ocasión, se escucharon relatos de que el tema de inves-tigación había generado una reflexión individual entre los participantes sobre el significado del con-cepto abordado (autonomía). Algunos entrevista-dos tuvieron dificultad para definir su significado y se afirmó que no se discuten conceptos de bio-ética durante la formación. Se pudo verificar que las discusiones propuestas sirvieron como medio de aprendizaje para los estudiantes de ambas instituciones educativas analizadas.

Análisis del respeto a la autonomía del paciente

Para analizar el respeto a la autonomía, se observó la participación de los pacientes en la discusión terapéutica; en el poder de decisión sobre el tratamiento propuesto; en el consenti-miento para la realización de exámenes; y en la aclaración sobre las particularidades de su caso clínico, lo que les brinda empoderamiento para tomar sus propias decisiones.

Estudiantes de la institución Alfa describieron en el GF el perfil del paciente que atienden: “socialmente desfavorecidos” y que llega a la clínica con una “necesidad extrema de tratamiento”. Según los discentes, este hecho ya hace que el paciente se coloque en una posición de inferioridad ante el equipo que lo va a atender y, en consecuencia, se vuelva “realmente susceptible a lo que la clínica pueda generarle”¹⁸.

Cuando fueron cuestionados sobre la protección de la autonomía en la atención brindada en la clínica docente, respondieron que el principio se respeta, en un primer instante. Sin embargo, al discutir sobre el tema, evidenciaron otro escenario:

“Nosotros incluso lo mostramos, pero creo que, de esta manera, ya queda como predeterminado cuál será su camino, ¿no? Por la, por su condición. Pero eso ya está mal, ya empieza de forma equivocada, ¿no? Porque quizá puede de alguna manera y no lo sabemos, ¿verdad? No es porque vino a XX [nombre de la institución], entonces ya escuché a un maestro decir: ‘él vino a XX [nombre de la institución] es una señal, porque no puede hacerlo en ningún otro lugar, ¿entiendes? Entonces ya, así, aunque inconscientemente ya tiene eso en mente, ¿sabes? De que: ‘ah, él es pobre, entonces tiene que hacer lo que pueda hacer’, ¿entiendes? Mi opinión es esta, aunque creo que, de esta manera, incluso tratamos de mostrar que hay otras opciones, pero creo que su camino está más o menos trazado, ¿sabes? es tendencioso” (A3)¹⁸.

En la discusión grupal, se hizo evidente la existencia de una jerarquía en la relación entre profesional y paciente:

“Nosotros incluso le damos opciones al paciente, pero la decisión como que está en nuestras manos y en las del profesor. El docentes está en un nivel superior, uno acata lo que dice el profesor, y el paciente acata lo que tú dices. Eso un poco tendencioso” (GF)¹⁸.

“En cierto modo acabas induciendo, ¿sabes? Termina siendo tendencioso. Porque creo que, yo que sé, en mi opinión, hay muchas cosas como estas: ‘ah, no quieres eso, ¿verdad?’. Luego se presentan todos los aspectos negativos posibles e imposibles para que la persona cambie de opinión, ¿sabes?” (A3)¹⁸.

En ese contexto, se puede hacer pensar al paciente que participó activamente en la toma de decisiones, cuando, en realidad, se le orientó a adherirse a lo que fue decidido por profesores y estudiantes, viendo su autonomía vulnerada mediante un proceso de manipulación, como lo caracterizan Beauchamp y Childress³.

Según A5, no siempre son viables las opciones que se ofrecen a los pacientes: “también mencionamos otras posibilidades, que, en ocasiones, quizá no sean viables, pero hablamos de ello, ¿no? [risa]. Generalmente el paciente acepta lo que le proponemos, creo que incluso por falta de información. Como nosotros somos los profesionales ¿no? ‘Ah, él sabe lo que hace’, ¿entiendes? Así es”¹⁸.

Este discurso corrobora la afirmación de Amorim y Souza¹⁴, para quienes el sistema de salud y el acceso a los servicios son potenciales determinantes de restricción de la libertad de los individuos, una vez que la deficiencia en la oferta de servicios hace que no existan opciones de elección terapéutica.

Se entiende que no existen razones por las que el paciente no pueda tener acceso a alternativas de tratamiento por falta de información, ya que el entorno académico es el mejor lugar para que reciba aclaraciones técnicas, ya que el trabajo en la clínica docente es coordinado por un equipo multidisciplinario. Si la facultad no dispone de recursos, el equipo debe brindar orientaciones que ayuden al paciente a acceder a lo que se está proponiendo fuera de la institución, si así lo desea.

Otro hecho revelado fue la orientación de la elección del paciente para la realización de procedimientos necesarios para la aprobación de los estudiantes en determinadas asignaturas clínicas: “Las opciones están dadas, pero siempre son algo tendenciosas: como él ya está allí, hará lo que se vaya a hacer en esa asignatura” (A7)¹⁸. Esta información deja claro un interés institucional prioritario en brindar oportunidades para el perfeccionamiento técnico de los estudiantes y se refiere a lo que observaron Gonçalves y Verdi¹⁷.

La anteriormente citada afirmación “ya está allí, hará lo que se haga en esa asignatura” (A7) permite pensar en las situaciones en las que el tratamiento realizado puede considerarse perjudicial, debido a que existe otra posibilidad terapéutica con mejor pronóstico para el paciente.

Este es el caso, por ejemplo, de un diente con gran destrucción coronal y que necesita tratamiento endodóntico, que puede llegar a ser tratado adecuadamente en la asignatura de endodoncia (y posteriormente restaurado) o ser condenado a una exodoncia en la asignatura de cirugía.

La conversación con los docentes presentó información contraria a la que fue proporcionada por los estudiantes. Según P1, el paciente siempre participa en la toma de decisiones y se respeta su autonomía. P2 reitera esta información y fundamenta su argumento en el factor económico que implica la realización de algunos procedimientos: *"Siempre. Incluso porque tienen el problema de que no tenemos laboratorio de prótesis. Entonces, siempre esperamos hacer lo que no tenga costos de laboratorio para que el paciente pueda hacerlo directamente en la clínica. A menudo hace viable algún tipo de tratamiento. Debido a ese costo"* (P2)¹⁸.

Docentes y discentes resaltan la existencia de la discusión de casos entre estudiantes, docentes y pacientes para definir las conductas terapéuticas que se van a realizar, pero lo que ocurre, de ahí en adelante, es una toma de decisiones que responda a los deseos del equipo profesional. Se cree que la adopción de un modelo de relación paternalista entre profesional y paciente a lo largo del período de formación, en la que queda explícita la concepción de que el profesional es el poseedor del conocimiento y quien toma las decisiones, puede llevar a los estudiantes a reproducirlo cuando ingresen al mercado laboral. Durante este período de estructuración del profesional que se quiere ser, es fundamental que se consideren y se discutan los derechos de los pacientes, con el objetivo de que se respeten en el día a día de las prácticas profesionales.

El reemplazo del modelo de relación paternalista es un reconocimiento de los derechos del paciente y caracteriza el respeto a su autonomía, que se viola cuando se cree que la interferencia profesional se justifica por el hecho de pensar en el bienestar del paciente, o en la felicidad que se puede proporcionar mediante la realización de un determinado procedimiento que los profesionales creen que es el mejor para él^{11,22,23}. Como afirman Rego, Palácios y Siqueira-Batista²³, el conocimiento técnico profesional no es capaz de establecer lo que el paciente considera mejor para sí mismo.

Otro hecho relevante (considerado grave) fue revelado por A5: la desvinculación del paciente de la clínica docente si rechaza una etapa opcional del tratamiento odontológico: *"Si se niega, ¿no? Interrumpimos el servicio. Hemos tenido pacientes que dijeron, por ejemplo, que quería hacerse un empaste, pero no quería tomar anestesia. Así que le dijimos que esto es una escuela, que debemos seguir ciertos procedimientos, que son etapas clínicas. Le dijimos: 'si usted no quiere tomar la anestesia, no podemos seguir con el tratamiento'. En este caso, es un protocolo que se tiene que aplicar a todos, no podemos saltarnos esta etapa, ¿entiendes? Porque el paciente no quiere. Como es una escuela, tenemos que seguirlo, ¿no?"*¹⁸.

La idea de aceptación plena de lo que se propone está tan extendida entre los estudiantes que algunos desconocen la posibilidad de rechazo: *"bueno, nunca nos hemos encontrado con eso, incluso porque ni siquiera somos conscientes, no somos conscientes de que puedan negarse de hecho. Quizá el paciente tenga derecho a negarse, ¿no?"* (A9)¹⁸.

Ante estas observaciones, cabe preguntarse si los pacientes están recibiendo las debidas aclaraciones sobre sus derechos, es decir, si el sistema de funcionamiento no les hace, implícita o explícitamente, sentirse obligados a aceptar todo lo que se les propone, porque necesitan recibir el tratamiento. Quedó evidente que la enseñanza de la técnica es primordial incluso para el bienestar del paciente, que prefiere correr el riesgo de sentir dolor durante el procedimiento que recibir anestesia dental. Para hacer cumplir un "protocolo" de atención, el paciente deja de ser una persona que siente, piensa y es capaz de gestionar su propia vida y se convierte en un objeto usado para mejorar las habilidades de los estudiantes de grado.

En la institución Beta¹⁵, las respuestas de los docentes respecto a la elaboración de los planes de tratamiento variaron un poco, debido a que tienen distintas formas de conducir los casos en los espacios de enseñanza y de aprendizaje que coordinan. Como resultado, algunos estudiantes tienen más autonomía para evaluar a sus pacientes y presentar propuestas terapéuticas para su análisis junto con el profesor. Mientras que otros son orientados a realizar tratamientos establecidos por los docentes: *"Hay algunos profesores que*

te mandan hacer un examen clínico y tú vas y lo haces. Con base en el examen, él hace el plan de tratamiento contigo. (...) Pero hay casos, así, en los que actuamos libremente" (A12)¹⁵.

Respecto a la participación del paciente en el proceso, A12 dice: "Es algo muy raro. Creo que primero discutimos entre nosotros y el paciente lo acepta, o luego, después de haber dicho cómo sería, el paciente habla"¹⁵. Posteriormente, aclara la naturaleza de la participación del paciente en la discusión: "Yo creo que aquí, principalmente, la cuestión del dinero. Algo como: 'ah, no, doctora, no tendré condiciones de hacer esto, prefiero un tratamiento más barato. Entonces la profesora dice: 'ah, no, entonces vamos a realizar un tratamiento más barato'"¹⁵. Este hecho es confirmado por A14, A17, A18 y A19¹⁵.

Se percibe, entonces, que la inclusión del paciente en la toma de decisiones se hace principalmente por la implicación financiera del proceso, ya que en Beta no se ofrece atención gratuita. Aun así, profesores y estudiantes afirman que los pacientes tienen derecho a discrepar de las propuestas que se les presentan y son libres para elegir entre las opciones terapéuticas existentes.

Sin embargo, la declaración de A16 fue reveladora: "Generalmente digo: 'mira, tienes estos problemas y lo que tenemos que hacer', entonces digo: 'es esto, esto y esto, por causa de esto' y le explico la razón, ¿no? Pero, realmente, esta parte de darle cierta autonomía y preguntarle si está de acuerdo o no (...). Yo pregunto: 'ah, ¿está de acuerdo?'. Ellos siempre dicen que sí, ¿no? [risa], pero, así, eso de que ellos interfieran en algo, realmente no"¹⁵.

Esta forma de conducir el diálogo nos hace pensar en el nivel de tolerancia que se da para que el usuario de la clínica docente pueda posicionarse y tomar decisiones. Se percibe el compromiso de la autonomía del paciente en el proceso y un modelo de relación paternalista entre las partes, presente en la elección de la información que se brinda para que el paciente esté de acuerdo con el profesional, como lo describe Durand¹. El discurso de A15 corrobora este entendimiento: "Tratamos de convencer al paciente, a veces tenemos que llamar al profesor y tiene que ser un profesor más estricto para decirle: 'mira, sabemos que tienes tu carga antes de llegar aquí, pero cuando llegamos aquí, el estudiante

está orientando. Entonces, si el alumno le dice que esto es lo mejor, esto es realmente lo mejor". Y normalmente, cuando el profesor interviene, los pacientes aceptan"¹⁵.

Según P4, el paciente participa en la discusión con el alumno y el docente cuando es necesario realizar una elección protésica, para que sean conscientes de la complejidad de la atención que requieren. En su concepción, docentes y estudiantes no determinan qué se hará: "En casos como este, muy concretos, cuando el diente está totalmente arruinado y no tiene más remedio, lo explicamos y todo bien. Pero cuando es un diente que todavía ves tiene cierta utilidad, pero que no surtirá efecto para el paciente a largo plazo, especialmente como paciente de la facultad, que uno [interrupción] el estudiante que está siguiendo el caso se gradúa y luego el paciente, pobre, se queda sin tener una persona adecuada a quien recurrir, tratamos de hablar, de explicarle mejor la situación"¹⁵.

El hecho de que el individuo sea un "paciente de la facultad" no debería definir el pronóstico de un elemento dental. Si la escuela de formación se compromete a brindar asistencia integral al usuario de la clínica docente, la continuidad de la asistencia en salud, así como la resolución de los casos en curso, será posible independientemente de las graduaciones que se lleven a cabo.

Cesión de imágenes

A los participantes de la investigación se les preguntó sobre algo bastante común en odontología: el uso de exámenes y fotografías en material didáctico, experiencia que solo un estudiante dijo no tener. Mientras que A8 y A9 resaltan saber que la autorización del paciente es necesaria para que se puedan realizar registros, A1 cree que el hecho de que el paciente esté recibiendo tratamiento en una institución docente implica que su caso puede utilizarse para ilustrar las clases: "Creo que es algo medio natural que la persona esté aquí en el entorno académico y sea parte del propio conjunto de las clases, creo que está implícito y todo, ¿no?"¹⁸.

Esta afirmación refuerza la comprensión de que el paciente puede dejar de ser persona (con voluntad propia) y convertirse en un objeto/herramienta de aprendizaje en las clínicas docentes, como ya

hemos observado en otras afirmaciones y estudios^{14,18}. Con mucha emoción, A2 contó que una profesora filmó y fotografió un caso que ella estaba siguiendo, en contra de los deseos de A2: *“¡pero la conducta que tuvo mi profesora, la conducta de la profesora que me orientó en mi biopsia fue horrible! Me pareció que a ella no le interesaba resguardar al paciente de un diagnóstico malo, sino que le interesaba investigar, ¿sabes? Ella tomó fotos, lo grabó, quiso exponerlo en un panel ¡y yo no acepté!”*¹⁸.

Aunque P1 y P2 dijeron que los registros fotográficos son raros, A3 informó que es común que las empresas proporcionen materiales estéticos para uso en las clínicas, lo que lleva a los docentes a fotografiar a los pacientes para registrar los casos clínicos antes y después de los procedimientos restaurativos. A3 observó un caso como este la semana en que se realizó la entrevista y reveló: *“nadie le preguntó nada al paciente”* (A3). Esto lo dijo en voz baja, con mucha vergüenza, y trató de suavizarlo: *“no se mostró su cara, ¿sabes? Pero, así, yo pienso que fue un error. Ahora, mira, no era un paciente mío, no, pero ahora que lo pienso deberían haberle preguntado, ¿no? ‘¿Le importaría?’ ¿no? Pero no se lo preguntaron”* (A3)¹⁸.

A9 también relató su experiencia con los registros de imágenes en la clínica de la facultad: *“Bueno, normalmente, ya viene con un tono así ‘ajá, vamos a fotografiar su caso, ¿de acuerdo?’ El paciente ni siquiera tiene derecho de decir: ‘no quiero’. Vaya, acabas de hacerle el procedimiento, supongamos: eliminación de una hiperplasia. Tienes el antes y el después. Cuando terminas, el paciente se acercará a ti y te dirá, acabas de eliminar su hiperplasia, ¿crees que el paciente se sentirá cómodo para decir: ‘no no quiero’? Normalmente, los pacientes lo aceptan, ¿entiendes? Así es (...). No, no, no hay mucho de eso (...). Es algo así como esto: ‘ya voy a registrarlo, ¿vale?’ ¿entiendes? El paciente ni siquiera es consciente de que alguien va a exponer aquello, ¿sabes? No tiene”*¹⁸.

Se puede imaginar que el paciente difícilmente interrumpiría un registro fotográfico (realizado como parte de un procedimiento clínico) para cuestionar algo u objetar, ya que no se le da ninguna opción. Esta forma de manejar la situación hace que el paciente ni siquiera se dé cuenta de que se está vulnerando el respeto a su autonomía, pues esto ocurre en medio de una circunstancia

que lo beneficia directamente: durante el tratamiento odontológico que la institución le facilita.

Consentimiento libre, previo e informado

Estudiantes y docentes clasifican el CLPI utilizado en la institución Alfa como un documento sencillo. Algunos estudiantes ni siquiera se plantean trabajar con un CLPI, dicen que hay un formulario clínico para registrar el plan de tratamiento y otro con la anamnesis, en el que el paciente registra su firma y da fe de la veracidad de la información proporcionada. Se destacó una debilidad en el documento: la posibilidad de fraude: *“solo dice, ‘autorizo lo que está escrito arriba’, ¿entiendes? ¿Esa cosa así? Pero también es muy relativo, ¿sabes? Estás creando el plan de tratamiento, hay muchas líneas ahí, si quieres puedes escribirlo después de que ya esté firmado, ¿entiendes? Así que no es algo muy seguro, porque, ya sabes, en realidad existe ese espacio que quizá (...) no lo sé, no vamos a hacer eso, pero quizá (...)”* (A3)¹⁸.

Según los docentes, los estudiantes leen el CLPI a los pacientes, lo que, para P1, promueve un alto nivel de aclaración. Sin embargo, A3 relata que no existe ninguna orientación por parte de los docentes sobre la realización de este proceso: *“no nos dicen que hagamos eso, ¿entiendes? La persona puede ‘ah, firma aquí’ y él firma, pero ni siquiera sabe lo que estaba escrito, ¿sabes?”*¹⁸.

Ante la falta de orientación, cada discente actúa de forma diferente. A1 dice: *“La mayoría de las veces, al menos le pido que lo lea, que revise la anamnesis para ver si todo está de acuerdo con lo que él respondió, si quiere añadir algo y (...) en definitiva, mucha gente pasa de largo, ni siquiera lo lee y lo firma enseguida. Siempre le pedimos que le eche un vistazo. Nosotros, en realidad, no leemos ningún texto elaborado sobre el tema, no”*¹⁸.

En un escenario donde el paciente lee solo la historia clínica, existe una alta posibilidad de que tenga dificultades para comprender los términos técnicos que se encuentran en este tipo de documento, lo que justifica la afirmación de A1 de que muchos firman sin leer el documento. A esto se suma la probabilidad de que algunos ni siquiera sepan leer. Esto probablemente resulta en situaciones de absoluta adherencia a las decisiones

tomadas por los profesionales, incluida la realización de exámenes y el registro fotográficos para ilustrar casos clínicos. Se confirma lo que dicen Muñoz y Fortes¹¹: la comprensión del contenido del consentimiento libre, previo e informado es indispensable. Para lograr este objetivo, es necesario reemplazar el lenguaje técnico-científico por términos que sean adecuados para la comprensión de los pacientes.

En la institución Beta, se observó que el CLPI utilizado en las clínicas del último curso de formación incluye al paciente en la discusión sobre el plan de tratamiento que se va a realizar e incluye el otorgamiento de *“plenos derechos de retención y uso para cualesquiera propósitos de enseñanza y de mejora científica”* (transcripción del documento), de radiografías, fotografías, antecedentes de salud familiar, exámenes e información sobre diagnóstico, planificación y tratamiento. También informa sobre la existencia de costos de asistencia (todos los procedimientos se realizan previo pago) y el cobro de gastos preestablecidos, si el paciente interrumpe el tratamiento. También advierte sobre la posibilidad de que sean *“‘eliminados del tratamiento’, si faltan dos veces a las citas programadas”* (transcripción del documento)¹⁵.

Sin embargo, los estudiantes entrevistados desconocían la existencia del CLPI entre las múltiples hojas de historias clínicas que utilizaban en las consultas. En opinión de A16, los formularios son confusos y carecen de estandarización entre clínicas. Se imagina que los pacientes llenan y firman los formularios antes de llegar a la cita: *“para ser honesta, nunca he visto este formulario de consentimiento, no”*¹⁵. Este tipo de informe fue recurrente: *“no, no hablamos con él sobre eso. De hecho, yo ni siquiera sabía que estaba en la ficha”* (A15); *“a decir verdad, nunca leí ese formulario de consentimiento. Estoy siendo honesta contigo [risa], nunca leí ese formulario de consentimiento al paciente”* (A19)¹⁵. Durante la observación participante, se vio a los pacientes firmando formularios sin leerlos previamente y sin recibir las debidas aclaraciones sobre el término¹⁵.

Según A14, los estudiantes reciben aclaraciones relativas al CLPI en una sola asignatura, lo que no los ha llevado a comprender plenamente su importancia, ni a aplicarla adecuadamente en sus atenciones¹⁵. Como dice A18: *“los términos del consentimiento, esa primera*

*parte del formulario, lo llenan ahí fuera y es donde tienen, ¿no? El formulario de consentimiento, de que está reconociendo que está en una universidad, no, no, no, y ya entra con eso firmado. Entonces no repasamos esto con ellos, no”*¹⁵.

Respecto a este aspecto, cabe señalar que la institución de educación superior no está construyendo una relación con el paciente que realmente incluya el respeto a su autonomía. En la práctica, no se ha realizado una adecuada aclaración a los usuarios de la clínica docente, aunque se transmite información a los estudiantes sobre la necesidad de que esto se haga en la asignatura teórica. Es necesario ser coherentes y prestar atención a la gran influencia que el currículum oculto —compuesto por valores, normas no declaradas, actitudes y creencias arraigadas a los entornos de docencia y aprendizaje— tiene en la forma de actuar que incorporan los estudiantes a partir del período de formación^{15,24-28}.

Consideraciones finales

Los datos obtenidos mostraron que el respeto a la autonomía de los pacientes atendidos en las instituciones de educación superior analizadas no está siendo considerado en algunas situaciones: cuando hay restricción del derecho a la libre elección sobre las opciones terapéuticas aplicables a su caso o manipulación para la aceptación de algún procedimiento; cuando no se proporciona al individuo aclaración suficiente que le permita tomar decisiones conscientes sobre el tratamiento al que será sometido; y en situaciones en las que se toman imágenes suyas para su uso en materiales didácticos sin su consentimiento.

La formación profesional del cirujano dentista aún tiene un enfoque tecnocrático, en el que el paciente es visto como un instrumento de aprendizaje que capacita al estudiante de odontología para el campo de trabajo. La idea que algunos tienen de que la oportunidad de recibir atención en la clínica docente debe llevar al paciente a permitir el libre acceso a su cuerpo, además de equivocada, contribuye a la violación del principio de autonomía en los escenarios de aprendizaje.

Prevalece el modelo paternalista de atención y sustenta la percepción falaz de que los profesionales saben qué es lo mejor para el paciente y, por lo

tanto, tienen todo el poder de decisión sobre el proceso terapéutico. En medio de esta problemática, surgió una estigmatización del usuario de las clínicas docentes como una persona pobre e incapaz de tomar sus propias decisiones.

Estos resultados apuntan a la necesidad de un amplio debate en el ámbito académico sobre la importancia de deconstruir el modelo hegemónico de educación en salud, que privilegia el desarrollo de la técnica y se rige por el modelo paternalista de la relación profesional-paciente. Además, es necesario que los cursos de grado incluyan en sus proyectos pedagógicos la dimensión ética de la atención en salud, no restringidos a una sola disciplina (como es común en la bioética), o desde

la perspectiva de la ética deontológica, sino de manera transversal a la formación teórica y práctica que reciben los estudiantes.

Por lo tanto, se hace necesaria una ética aplicada a una praxis reflexiva sobre la asistencia cotidiana, incluida la discusión de los casos dilemáticos a los que se enfrentan los estudiantes, de manera que se les estimule a desarrollar el sentido crítico y la realización rutinaria de autoevaluación. El objetivo es que los estudiantes se capaciten para remodelar su propio proceso de trabajo, en pro de la mejora continua en la prestación de los servicios y el establecimiento de relaciones dignas y respetuosas con los pacientes, con sus pares y con la sociedad.

Referencias

1. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Edições Loyola; 2007.
2. Schramm FR. A autonomia difícil. *Rev. bioét.* 1998;6(1):27-37.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios da ética biomédica. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p. 137.
5. Soares JCRS, Camargo KR Jr. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2007 [acesso 21 abr 2021];11(21):65-78. DOI: 10.1590/S1414-32832007000100007
6. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2008 [acesso 21 abr 2021];13(supl 2):2115-22. DOI: 10.1590/S1413-81232008000900016
7. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p. 164.
8. Biondo-Simões MLP, Martynetz J, Ueda FMK, Olandoski M. Compreensão do termo de consentimento informado. *Rev. Col Bras Cir* [Internet]. 2007 [acesso 21 abr 2021];34(3):183-8. DOI: 10.1590/S0100-69912007000300009
9. Cechetto S. A doutrina do consentimento informado: a incorporação do sujeito moral na biomedicina. *Rev. bioét.* 2007;3(4):489-507.
10. Maluf F, Carvalho GP, Diniz JC Jr, Bugarin Junior JG, Garrafa V. Consentimento livre e esclarecido em odontologia nos hospitais públicos do Distrito Federal. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2007 [acesso 21 abr 2021];12(6):1737-46. DOI: 10.1590/S1413-81232007000600034
11. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, organizadores. *Introdução à bioética*. Brasília: CFM; 1998. p. 53-70.
12. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 [Internet]. 1996 [acesso 24 jan 2024]. Disponível: <https://bitly.ws/3aGI4>
13. Castilho EA, Kalil J. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2005 [acesso 21 abr 2021];38(4):344-7. DOI: 10.1590/S0037-86822005000400013
14. Amorim AG, Souza ECF. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010 [acesso 21 abr 2021];15(3):869-78. DOI: 10.1590/S1413-81232010000300030
15. Campamy LNS. O profissionalismo na formação superior em saúde: uma análise sobre a graduação em odontologia [tese] [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2016 [acesso 21 abr 2021]. Disponível: <https://bitly.ws/3aGlf>

16. Prado MM, Garrafa V. A bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. *Comum Ciênc Saúde* [Internet]. 2006 [acesso 24 jan 2024];17(4):263-74. Disponível: <https://bitly.ws/3aGFC>
17. Gonçalves ER, Verdi MIM. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2007 [acesso 21 abr 2021];12(3):755-64. DOI: 10.1590/S1413-81232007000300026
18. Silva LN. Autonomia e confidencialidade na assistência aos usuários em uma escola de graduação em odontologia [dissertação] [Internet]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2011 [acesso 21 abr 2021]. p. 80. Disponível: <https://bitly.ws/3aGlp>
19. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 12, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 21 abr 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bitly.ws/3aGFY>
20. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analisando dados qualitativos. In: Pope C, Mays N, organizadores. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 76-94.
21. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2011 [acesso 21 abr 2021];16(11):4481-92. DOI: 10.1590/S1413-81232011001200021
22. Palomer RL. Consentimiento informado en odontología. Un análisis teórico-práctico. *Acta Bioeth* [Internet]. 2009 [acesso 21 abr 2021];15(1):100-5. DOI: 10.4067/S1726-569X2009000100013
23. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. *Bioética para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
24. Giroux HA. *Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
25. Kentli FD. Comparison of hidden curriculum theories. *European Journal of Educational Studies* [Internet]. 2009 [acesso 24 jan 2024];1(2):83-8. Disponível: <https://bitly.ws/3aGIN>
26. Galli A. Argentina: transformación curricular. *Educ Med Salud* [Internet]. 1989 [acesso 24 jan 2024];23(4):344-53. Disponível: <https://bitly.ws/3aGJ6>
27. Rego S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
28. Rego S. Currículo paralelo em medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? *Interface (Botucatu)* [Internet]. 1998 [acesso 21 abr 2021];2(3):35-48. DOI: 10.1590/S1414-32831998000200004

Luciana Narciso da Silva Campany – Doctora – luciana.narciso@gmail.com

 0000-0003-0481-2367

Sergio Rego – Doctor – rego@ensp.fiocruz.br

 0000-0002-0584-3707

Correspondencia

Luciana Narciso da Silva Campany – Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 919 CEP 21031-210. Manguinhos/RJ, Brasil.

Participación de los autores

Los autores participaron de forma igualitaria en la preparación del artículo.

Recibido: 18.1.2023

Revisado: 3.10.2023

Aprobado: 16.11.2023