



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Maluf, Fabiano; Paiva de Carvalho, Gilberto; Caubi Diniz Júnior, José; Bugarin Junior, João Geraldo;  
Garrafa, Volnei

Consentimento livre e esclarecido em odontologia nos hospitais públicos do Distrito Federal

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 6, diciembre, 2007, pp. 1737-1746

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013517034>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## **Consentimento livre e esclarecido em odontologia nos hospitais públicos do Distrito Federal**

Informed consent for dentistry  
in public hospitals, Federal District, Brazil

Fabiano Maluf<sup>1</sup>

Gilberto Paiva de Carvalho<sup>1</sup>

José Caubi Diniz Júnior<sup>1</sup>

João Geraldo Bugarin Junior<sup>1</sup>

Volnei Garrafa<sup>1</sup>

**Abstract** Personal powers of decision and individuality must be respected, grounded on autonomy expressed through informed consent. This paper examines data on the actual use of informed consent in public hospitals in Brazil's Federal District. A questionnaire was completed by dentists in public hospitals, and its findings show that verbal informed consent is obtained at the start of treatment in most of the hospitals. Errors were noted in the use and conceptualization of informed consent. Failing to distinguish between image rights authorization and informed consent, the documents provide little information and do not explain important aspects of the treatment. Dentists practicing in the public hospital network thus need more detailed knowledge of basic bioethics in order to merge the long-consolidated and regulated principle of welfare with the principle of autonomy.

**Key words** Bio-ethics, Autonomy, Informed Consent, Dentistry

**Resumo** A individualidade e o poder de decisão dos indivíduos devem ser respeitados. A autonomia manifestada por meio do consentimento livre e esclarecido é a fonte de tal respeito. Este trabalho visou levantar dados sobre a realidade no uso do consentimento livre e esclarecido nos hospitais públicos do Distrito Federal. Um questionário foi encaminhado aos dentistas dos hospitais públicos para ser respondido. Os resultados obtidos demonstram que, no início do tratamento, é utilizado o consentimento livre e esclarecido, de forma verbal, na maioria dos hospitais. Observam-se, ainda, equívocos na utilização e conceituação do consentimento livre e esclarecido. Os documentos misturam autorização do uso de imagem, com consentimento livre e esclarecido. Os documentos apresentam poucas informações e não esclarecem aspectos importantes do tratamento. Portanto, os cirurgões-dentistas atuantes na rede pública hospitalar necessitam de um aprofundamento nos fundamentos bioéticos com o intuito de congregarem, ao princípio da beneficência, já consolidado e normatizado, o princípio da autonomia.

**Palavras-chave** Bioética, Autonomia, Consentimento livre e esclarecido, Odontologia

<sup>1</sup>Cátedra UNESCO de Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Caixa Postal 04451. 70904-970. Brasília DF. bioetica@unb.br

## Introdução

Nos últimos anos, os temas relacionados às questões morais e éticas têm estado na pauta das discussões e dos dilemas que a sociedade vivencia atualmente. Enquanto a ética se origina do grego ***ethos***, que significa modo de ser, modo de proceder, comportamento, a moral tem sua raiz etimológica no latim ***mores***, que tem relação com hábitos costumes e valores de um povo<sup>1</sup>. A amplitude dos meios de comunicação, a velocidade espantosa de acesso à informação e o contínuo aumento de participação da sociedade na defesa de seus interesses podem ser apontados como algumas das razões para este “renascimento”<sup>2</sup>.

Os indivíduos, a partir da informação, passam a compreender melhor seu papel social. O ponto de vista pessoal (ou do eu) afirma as motivações individualistas, ao passo que o ponto de vista impessoal (ou do outro) identifica-se com a exigência de imparcialidade e ou eqüidade, e é nessa tensão - fonte de dilemas morais - que se constitui a subjetividade do indivíduo, quer dizer, o projeto de sua humanidade, que é simultaneamente individual e coletiva<sup>3</sup>. Novos conceitos como autonomia, coletividade, paternalismo, ética, moral, dentre outros, são incorporados na atualidade. O desenvolvimento tecnológico na área de saúde vem acompanhado de inúmeras pesquisas envolvendo humanos e animais. A necessidade de se estabelecer regras para o desenvolvimento das pesquisas fortalece as discussões éticas e morais.

A bioética surge dentro deste contexto, como “um território, um terreno de confronto de saberes sobre problemas surgidos do progresso das ciências biomédicas, das ciências da vida e, em geral, das ciências humanas”<sup>4</sup>. No Brasil, o amadurecimento da democracia traz consigo a exata noção de direitos que cada indivíduo possui no convívio social. O direito de tomar suas próprias decisões (autonomia) fortalece instrumentos importantes do cotidiano cirurgião-dentista/paciente, como, por exemplo, o consentimento livre e esclarecido.

As grandes diferenças sociais da população servem de obstáculo para que indivíduos tenham acesso ao livre exercício de sua autonomia na área de atendimento público odontológico. A autonomia é o alicerce que fundamenta o consentimento, sendo a capacidade de pensar, decidir e agir com base em tal pensamento, e decisão de modo livre e independente<sup>5</sup>.

A relação cirurgião-dentista/paciente, tradicionalmente, é uma relação paternalista, em que

o profissional exerce poder sobre o paciente. A relação é, portanto, de submissão, cabendo ao paciente apenas se sujeitar às decisões técnicas. Conflita-se, a todo o momento, com os princípios da autonomia e beneficência da bioética com a relação de poder existente entre o profissional e seu paciente.

A primeira formulação sistemática do conceito de autonomia, aplicado ao indivíduo, deve-se a Kant<sup>6</sup> em sua obra ***Fundamentos da metafísica dos costumes e outros escritos***. Para Kant, citado por Schramm<sup>3</sup>, autonomia é um aspecto fundamental e logicamente necessário para alguém ser considerado agente racional. O consentimento livre e esclarecido deveria disciplinar a relação dentista/paciente, retirando o autoritarismo técnico, passando a vigorar a tolerância, o convívio entre estranhos morais e o respeito à autonomia<sup>7</sup>.

Engelhardt<sup>8</sup> acredita que o princípio do consentimento proporciona a base para aquilo que poderia ser chamado de autonomia como respeito mútuo. O respeito pela autonomia das pessoas como agentes morais capazes de decisões informadas é central no diálogo bioético<sup>9</sup>. É oportunamente lembrar que tais ponderações bioéticas devem ser mostradas aos dentistas, público-alvo deste trabalho.

As críticas mais contundentes a este princípio baseiam-se na incapacidade técnica do paciente de optar por este ou aquele tratamento. No entanto, os pacientes estão cada vez mais conscientes para tomar decisões informadas sobre questões de saúde em geral. Isto é decorrente grandemente da influência da mídia. Pacientes que irão sofrer um procedimento, odontológico ou médico, têm o direito de saber o suficiente sobre o tratamento a que vão se submeter. Também têm o direito de saber as alternativas e os riscos envolvidos na recusa do tratamento<sup>10</sup>. Na verdade, não se trata de exigir do paciente um curso de odontologia para que tome suas próprias decisões; trata-se sim de mostrar-lhe opções de tratamento, consequências de cada um deles, em linguagem simples e clara, de modo que ele possa tomar suas próprias decisões, baseadas no bom senso.

Ora, não é assim que as coisas se passam e a causa de eventuais distorções está no caráter assimétrico da relação profissional-paciente. Essa assimetria é devido a duas razões principais: a primeira diz respeito à natural fragilidade do paciente e a outra razão é a autoridade proveniente do saber por parte do profissional. Uma das questões fundamentais que se deve colocar sobre o paternalismo diz respeito ao modo pelo qual o profissional entende e vivencia esta rela-

ção. A assimetria da relação leva o cirurgião-dentista a não ver nela qualquer tipo de reciprocidade. Ele detém o saber e a responsabilidade. O profissional assume, então, a fragilidade do paciente como condição inevitável e incontornável e isto pode ser levado a tal ponto que o paciente é anulado como pessoa.

Considerando-se a escassez de recursos na área de saúde pública, que interfere nas condições de trabalho no setor público do Distrito Federal, resta conferir até que ponto a autonomia deste grupo de pacientes é comprometida no decorrer de um tratamento. Diante desta nova realidade e do contraste existente entre grupos sociais distintos, este trabalho visou levantar dados sobre a realidade no uso do consentimento livre e esclarecido no atendimento odontológico nos hospitais públicos do Distrito Federal.

### Bioética e odontologia

O extraordinário progresso técnico-científico constatado na área odontológica, nos últimos anos, não foi acompanhado com a mesma rapidez por um pertinente embasamento ético que fornecesse sustentação às novas técnicas e/ou ao uso de novos materiais que foram sendo incorporados ao exercício profissional e às situações que a partir daí se criaram<sup>11</sup>.

Uma das principais preocupações atuais da bioética trata exatamente da relação entre o profissional de saúde e o paciente no que concerne ao uso do poder – adquirido pelo saber – de um, em detrimento da liberdade do outro. É necessário que o profissional saiba administrar este poder de maneira a não interferir na individualidade de seu paciente.

O grande abismo social criado na odontologia concentra-se na falta de uma maior aproximação com o público. Isto, talvez, deva-se ao fato de, por muitos anos, a elitização dos serviços odontológicos ter criado sua própria multidão de excluídos. Atualmente, porém, a quantidade de informações disponibilizadas permite às pessoas questionar sobre a importância da saúde bucal, bem como sobre seu direito de acesso a estes serviços. Além disso, dentro dos consultórios odontológicos, tanto particulares como públicos, uma nova relação se desenha, pois pacientes que antes acatavam sem questionar o tratamento proposto por seu cirurgião-dentista agora buscam informações mais detalhadas sobre o que lhes vai acontecer. Questões como alternativas de tratamento, prognósticos, esterilização de

materiais, uso de anestesia local, materiais estéticos, clareamento dental, prevenção e outras, começam a ser colocadas a cada dia com mais intensidade por parte dos usuários<sup>12</sup>.

O uso do consentimento livre e esclarecido é um instrumento fundamental para a comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, capaz de proporcionar uma relação mais honesta e transparente. O cirurgião-dentista não deve ater-se somente aos aspectos legais que o consentimento informado sustenta, transformando-o num documento burocrático para evitar possíveis processos legais que porventura possam ocorrer<sup>2</sup>.

Segundo Soares, Mota, Gravina<sup>12</sup>, o profissional de saúde não tem o direito de intervir em seu paciente sem o consentimento deste, ainda que em seu benefício. As únicas duas exceções para se obter o consentimento informado do paciente aparecem na odontologia em situações de emergência e em casos que o paciente está muito doente ou sob muito estresse, que descobrir os riscos envolvidos iria claramente ser inútil e provavelmente trazer mais prejuízo do que benefício<sup>10</sup>. Para que isto não ocorra, é preciso haver comunicação entre os dois, devendo o profissional expor todos os fatos relevantes sobre a intervenção que irá realizar, bem como responder a todas as questões levantadas por seu paciente. Ao sentar na cadeira do cirurgião-dentista, o paciente passa a se relacionar com este, baseado na confiança. Ou seja, transfere para o profissional a responsabilidade de sua cura.

Segundo estes autores, o que se discute não é a ação paternalista em si, pois geralmente um profissional age de maneira a buscar o benefício para o seu paciente ou para prevenir males futuros. A questão é que o ser paternalista envolve uma privação da liberdade das pessoas que irão receber o benefício. No caso do cirurgião-dentista, para que a intervenção seja feita, é preciso que o paciente consinta de forma autônoma, livre e esclarecida.

O cirurgião-dentista não deve assumir sozinho os riscos inerentes ao tratamento; deve sim, compartilhar todas as informações, o que resultará no respeito à autonomia da vontade do paciente.

### Beneficência e paternalismo

Os cirurgiões-dentistas, de uma maneira geral, têm uma conduta profissional paternalista com relação aos pacientes. Isto é, baseados no conhecimento técnico, e em nome da beneficência e da

não-maleficência, estes profissionais decidem por seus pacientes o que é melhor para eles, ou ainda, sonegam-lhes informações sobre prognósticos de tratamento, além de realizarem procedimentos sem discutir possíveis alternativas. Quando um profissional, em nome da beneficência, julgando saber exatamente o que é melhor para seu paciente, impõe uma terapêutica contrária ao desejo do mesmo, este profissional deixa de ser benéficiente e passa a agir sob o prisma do paternalismo.

Nestas circunstâncias, o que vale para a bioética é o desejo livre, consciente e soberano do indivíduo e não o que preceitua o código de ética profissional. É aí, exatamente, onde reside a modernidade e o espírito democrático da bioética – livre de paternalismos que se confundem com a beneficência<sup>13</sup>.

Talvez se possa assinalar aqui o limite entre a beneficência e o paternalismo, num entendimento e numa vivência eticamente inadequada de uma situação configurada pela fragilidade de um e pela autoridade derivada do saber do outro. E este limite se torna um pouco mais compreensível quando notamos que a sua transgressão provém de uma passagem, muitas vezes insensível e desapercebida, do saber ao poder. É inegável que o saber profissional confere àquele que o possui um poder. A passagem do saber ao poder pode ser vista, de maneira geral, como a diferença entre a beneficência e o paternalismo. A questão é difícil porque todo saber implica num poder.

Um paralelo interessante foi traçado por Gracia<sup>14</sup> entre a República de Platão e o poder exercício médico. Ele compara os monarcas que impõem suas vontades soberanas aos súditos, aos médicos na relação com seus pacientes; essa comparação, por sua vez, é perfeitamente aplicável à odontologia. Para Platão, a justificativa moral para o absolutismo político se baseava em que os governantes deveriam ser escolhidos entre os melhores representantes da categoria do que ele chamava de “homens perfeitos”; a ordem era uma decorrência da percepção privilegiada que o soberano tinha do mundo das idéias e dos homens, caracterizando-se não pela livre aceitação das idéias, mas pela sua imposição<sup>11</sup>.

Não há, portanto, que se alimentar a ilusão de que as duas coisas poderiam se dissociar no caso da relação profissional de saúde-paciente. Mas, talvez seja possível dissociar o exercício da competência profissional do exercício do poder a ela associado. A isto, pode-se chamar de cuidado ético, paralelo ao cuidado terapêutico<sup>15</sup>. Neste ponto, o cuidado ético se aproxima da bioética da proteção proposta por Schramm e Kottow<sup>16</sup>,

onde proteção é entendida como a atitude de dar resguardo ou cobertura às necessidades essenciais, ou seja, aquelas que devem ser satisfeitas para que o paciente possa ter condições de decidir adequadamente sobre outras necessidades e outros interesses.

Durante quase dois milênios, a interação médico-paciente foi mantida tendo como alicerce a perpetuação de três crenças: a obrigação dos pacientes de reverenciarem os médicos, a manutenção da fé por parte dos pacientes em seu médico e a obediência que todo paciente deveria ter por seu médico<sup>17</sup>.

Essas considerações levam a verificar como estão vinculados estes dois princípios da bioética: autonomia e beneficência. Pode-se afirmar que, de alguma forma, o limite da beneficência é a autonomia. Na odontologia, casos típicos dessa situação surgem em momentos de conflito onde a autonomia do paciente se choca com a beneficência que rege a atuação profissional.

## **Autonomia e consentimento livre e esclarecido**

Antes de se iniciar qualquer procedimento, o profissional deve, então, informar seu paciente sobre todos os passos, os objetivos, os possíveis riscos e as consequências de sua intervenção. Somente após tal comunicação, o sujeito estará apto a fornecer um consentimento livre e esclarecido. O consentimento informado nada mais é do que a garantia de que houve comunicação entre profissional e paciente e que se chegou a um entendimento sobre a intervenção a ser realizada. Isto deve ser específico para cada procedimento. Segundo Fortes<sup>18</sup>, a informação é a base da fundamentação das decisões autônomas dos pacientes, necessária para que o paciente possa consentir ou recusar-se a medidas ou procedimentos de saúde a ele propostos. A informação gerada nas relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes constitui direito moral e legal destes últimos.

A competência ou a capacidade de decisão da pessoa baseia-se em diversas habilidades, tais como: envolver-se com o assunto, compreender ou avaliar os tipos de alternativas e a comunicação de uma preferência. A capacidade moral e legal do consentimento livre e esclarecido depende da capacidade do indivíduo. Os pacientes autônomos organizam a sua vida com base em um conjunto de valores, interesses, objetivos e crenças. O exercício da autonomia depende da capacidade<sup>19</sup>.

A relação de autonomia com capacidade, no entanto, não pode ser vista de modo exclusivamente linear. Há que se ressaltar que existem diversas formas de privação ou limitação de capacidade dos indivíduos, muito bem desenvolvidos por Sen<sup>20</sup>. Entre outros aspectos, o autor refere a pobreza, baixa renda, desemprego, sistemas de saúde e desigualdade entre sexos.

Uma pessoa tem autonomia quando tem independência em relação a controles externos e capacidade para atuar segundo uma escolha própria. Normalmente, o que se julga ao considerar a autonomia é o grau de intencionalidade dos atos, a compreensão que o agente tem deles e a ausência de coerções ou limitações<sup>9</sup>.

Para se adequar ao direito do paciente a ser informado, não há necessidade que o cirurgião-dentista apresente as informações em linguajar técnico-científico. Basta que elas sejam simples, aproximativas, inteligíveis, leais e respeitosas, ou seja, fornecidas dentro de padrões acessíveis à compreensão intelectual e cultural do paciente, pois, quando indevidas e mal organizadas, resultam em baixo potencial informativo, em desinformação<sup>18</sup>.

É necessário afirmar que o consentimento deve ser livre, esclarecido, renovável e revogável. Deve ser dado livremente, conscientemente. Não pode ser obtido mediante práticas de coação física, psíquica ou moral, ou por meio de simulação ou práticas enganosas, ou quaisquer outras formas de manipulação impeditivas da livre manifestação da vontade pessoal. Livre de restrições internas, causadas por distúrbios psicológicos, e externas, por pressão de familiares, amigos e, principalmente, dos profissionais de saúde<sup>18</sup>.

Os quatro elementos necessários para que um consentimento informado seja considerado válido são: fornecimento de informações, compreensão, voluntariedade e consentimento. Há que se considerar o consentimento em três etapas, envolvendo sete elementos: pré-condições (capacidade e voluntariedade); elementos da informação (explicação, recomendação e compreensão) e elementos do consentimento (decisão e autorização). O princípio da autonomia tem a sua expressão no assim chamado “consentimento informado”. O ato de consentimento deve ser genuinamente voluntário e se basear na revelação adequada das informações. O direito ao consentimento informado quer proteger e promover a autonomia<sup>21</sup>.

Muñoz e Fortes<sup>22</sup> admitem que a autonomia é um termo derivado do grego *auto* (próprio) e *nomos* (lei, regra, norma). Significa autogover-

no, autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais. Refere-se à capacidade de o ser humano decidir o que é “bom, ou o que é seu bem-estar”.

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. Para que exista uma ação autônoma (liberdade de decidir, de optar) é também necessária a existência de alternativas de ação ou que seja possível que o agente as crie, pois, se existe um único caminho a ser seguido, uma única forma de algo ser realizado, não há propriamente o exercício da autonomia. Além da liberdade de opção, o ato autônomo também pressupõe haver liberdade de ação, requer que a pessoa seja capaz de agir conforme as escolhas feitas e as decisões tomadas<sup>22</sup>.

Faden e Beauchamp<sup>23</sup> propõem que ações são autônomas quando cumprem três condições: intencionalidade, conhecimento adequado e ausência de controle externo. Segundo esses autores, *uma ação goza de intencionalidade, quando é querida pelo plano que a motiva. O conhecimento é adequado, quando existe a compreensão: da natureza da ação; das consequências previstas e dos resultados possíveis da execução ou não da ação. Existem ainda três formas de controle externo: coerção, manipulação e persuasão.*

Acontece coerção quando alguém influencia intencional e efetivamente sobre uma pessoa, ameaçando-a com danos indesejados e evitáveis tão graves que ela não resiste e prefere agir contra a sua vontade para evitar assim esses danos. A manipulação consiste na influência intencional e efetiva de uma pessoa por meios não coercitivos, usando procedimentos emocionais no sentido de alterar as decisões reais ao alcance do sujeito ou de mudar por meios não persuasivos a percepção dessas decisões. A persuasão é a influência intencional e efetiva para induzir uma pessoa por meio de procedimentos racionais a aceitar livremente as crenças, as atitudes, os valores, as intenções ou ações defendidas pelo persuasor. Pode-se afirmar que as três condições são necessárias, mas não suficientes para uma ação autônoma. Impõe-se uma quarta condição, a autenticidade. Um ato é autêntico quando é coerente com o sistema de valores e as atitudes gerais diante da vida que uma pessoa assumiu reflexiva e conscientemente. A ação não é autêntica se existe uma negação dos valores e atitudes de vida<sup>24</sup>.

Isto ocorre quando a autonomia pode ser ameaçada por problemas de controle interno,

como é o caso dos neuróticos compulsivos. Neles podem se cumprir, à primeira vista, as três condições anteriormente explicitadas e, apesar disso, duvidar de que se tratam de ações autônomas. Nessa perspectiva, a autenticidade seria necessária para a comprovação da autonomia. Uma ação pode ser autêntica mesmo que os valores e atitudes não sejam assumidos reflexivamente. Isto nos leva a considerar não autônomos os comportamentos que vão contra o sistema de valores e atitudes vivenciais do sujeito, embora se cumpram as três condições. Portanto, a autenticidade não é dada pela concordância reflexiva com o sistema de valores e atitudes vivenciais, mas pela mera não contradição ou não discordância<sup>23</sup>.

## Métodos

A presente pesquisa aplicou um questionário ar- güindo instituições públicas que prestam atendi- mento odontológico eletivo. Para isso, foram analisados oito hospitais públicos de referência, de acordo com sua localização e nível de comple- xidade, do Distrito Federal, que incluem atendi- mento odontológico em seus procedimentos. São eles: Hospital Universitário de Brasília (HUB), Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospi- tal Regional de Ceilândia (HRC), Hospital Regio- nal do Gama (HRG), Hospital Regional de Pla- naltina (HRP), Hospital Regional de Sobradinho (HRS) e Hospital Regional do Guará (HRGu).

A avaliação foi realizada por meio da distri- buição de freqüência absoluta das respostas ob- tidas por meio de um questionário, aplicado pelo entrevistador. As respostas foram obtidas inquiri- rindo-se um informante, um cirurgião-dentista, preferencialmente, o coordenador do setor de odontologia.

Foram realizadas quatro perguntas sobre o tema. A primeira pergunta questionava se os pa- cientes atendidos na unidade odontológica em questão possuíam prontuário odontológico ou ficha clínica. O questionamento seguinte investi- gou a utilização do consentimento livre e esclare- cido para início do tratamento. Nos casos onde o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era referido, seguia-se a indaga- ção do formato do consentimento, podendo ser formal (escrito) ou verbal. Obtendo-se resposta positiva para a formalidade do consentimento livre e esclarecido, a quarta questão pesquisou a entrega ou não de uma cópia do mesmo para o

paciente. Em casos de presença do TCLE por es- crito, foi solicitada a cópia do mesmo.

## Resultados

Os resultados gerais apresentaram um número variável de dentistas com um máximo de trinta e mínimo de três profissionais, dependendo da localidade do hospital. Desta mesma forma, os números médios de atendimentos, quando apre- sentados, estão em uma média de 476 a 635 aten- dimentos ao mês. As áreas de atuação disponibi- lizadas aos usuários concentraram-se em cirur- gia oral menor, principalmente, exodontia. Além desse, são disponibilizadas em alguns hospitais as especialidades de endodontia, periodontia, dentística e atendimento a paciente especial.

Quanto ao questionamento inquirindo se os pacientes atendidos na unidade odontológica pos- suíam prontuário ou ficha clínica, uma entidade respondeu que não, as demais apresentaram res- posta positiva sobre o assunto. Quando pergun- tados se era utilizado consentimento livre e escla- recido para início do tratamento, sete instituições responderam que sim e uma que não. A questão três apresentou duas entidades empregando TCLE formal, cinco de maneira informal e outra insti- tuição não respondeu sobre o modo de consenti- mento. Das duas entidades que responderam positi- vamente a pergunta três, somente uma en- tregava cópia do TCLE para o paciente. Nos ca- sos em que a entidade utilizava o consentimento livre e esclarecido formal, a cópia dos consenti- mentos foi fornecida conforme solicitado.

## Discussão

Os resultados obtidos na rede hospitalar demons- traram, felizmente, uma visão adversa, ao menos sobre o paternalismo, pois sete entre as oito insti- tuições pesquisadas apresentaram ficha ou pron- tuário odontológico, nos quais os setores de odon- tologia relataram que para início do tratamento é utilizado o consentimento livre e esclarecido. Desta forma, observa-se que há uma busca pelo respei- to à autonomia do paciente. Entretanto, entre as sete instituições que responderam utilizar consenti- mento, somente duas apresentaram TCLE por es- crito, juntamente com cópia.

A primeira instituição possui um documento intitulado “consentimento informado” que apre- senta informações ao paciente sobre quem pro-

**Tabela 1.** Consentimento livre esclarecido em odontologia nos hospitais públicos do Distrito Federal.

Instituição	Complexidade	Nº de dentistas	Prontuário	TCLE	Modo e adequação do TCLE
A	ALTA	9	SIM	SIM	FORMAL / BOA
B	ALTA	17	SIM	SIM	FORMAL / RUIM
C	MÉDIA	13	SIM	SIM	FORMAL / RUIM
D	MÉDIA	5	SIM	SIM	FORMAL / RUIM
E	MÉDIA	7	SIM	SIM	FORMAL / RUIM
F	MÉDIA	6	SIM	SIM	FORMAL / RUIM
G	MÉDIA	8	SIM	SIM	FORMAL / RUIM
H	MÉDIA	4	NÃO	NÃO	— / —

Fonte: pesquisa dos autores.

moverá seu atendimento, solicita a confirmação dos seus dados pessoais, como informações contidas na anamnese, uma autorização para início do tratamento, produção de exames, ciência e concordância com utilização de todos os dados criados e fornecidos, excetuando-se o sigilo, com fins de estudo, aprendizado e publicação científica. Finalizando, o documento de consentimento informado colocou-se a disposição do paciente nos possíveis esclarecimentos adicionais que possam advir com o início do tratamento e que estarão dispostos a explicar as propostas, bem como eventuais riscos e possíveis efeitos indesejados não previstos, não sendo entregue cópia do documento ao paciente.

Por outro lado, verificou-se que, no outro hospital, o modelo apresentado como consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo uma delas entregue ao paciente. O teor deste modelo não se compõe como consentimento livre e esclarecido e é simplesmente uma orientação clássica para o paciente que executou um procedimento cirúrgico. O informante deste hospital acredita ser um consentimento livre e esclarecido, equivocando-se ao prestar tal informação.

A análise dos dois modelos apresentados constatou a falta de conhecimento, por parte do profissional, do que realmente configura um consentimento livre e esclarecido. O primeiro modelo é travestido de consentimento livre e esclarecido, incluindo não só o consentimento e informação de que todas as dúvidas do paciente serão sanadas, assim que as mesmas surgirem, mas inclui também, autorização para uso de informações e dados presentes no prontuário, autorização para início do tratamento e para o uso de sua imagem, não sendo entregue cópia alguma ao paciente.

A mistura de documentações pode gerar problemas, pois o paciente, leigo e em situação de vulnerabilidade, muito provavelmente, entende que para iniciar o tratamento terá de concordar com todos os ingredientes dessa documentação, sendo isso uma inverdade, pois o mesmo pode autorizar ou não a utilização de sua imagem em trabalhos, mesmo que para o bem da ciência, sem que haja prejuízo no seu atendimento clínico e terapêutico.

Além disso, a imposição de grande quantidade de informações e autorizações em uma documentação fere a autonomia do paciente, seu direito soberano de concordar ou não com uma ou mais possibilidades terapêuticas quando possui todos os elementos relacionados às mesmas<sup>11</sup>. Portanto, o tratamento proposto não pode estar, em hipótese alguma, vinculado à autorização do uso de imagem ou qualquer outra autorização. Ainda, o paciente pode desistir do tratamento, a qualquer tempo.

O segundo modelo discutido é uma orientação ao paciente após a alta hospitalar, como o próprio documento é intitulado.

A mistura de informações e autorizações incluídas em somente um documento, ou a emissão de uma documentação acreditando-se que é outra e os resultados apresentando o TCLE de maneira verbal, demonstra que os profissionais da rede pública dos hospitais do Distrito Federal estão preocupados em prestar um bom atendimento a seus pacientes.

Assim, é possível perceber que, apesar da ausência do TCLE dentro de padrões necessários, os profissionais começam a sentir a sua necessidade tanto para formalidades legais quanto a necessidade de respeitar a autonomia do paciente.

A necessidade do TCLE é incontestável. Alguns profissionais entrevistados admitem sua necessidade e entendem, inclusive, que é imperativa sua confecção por escrito. No entanto, qual seria o entendimento dos profissionais sobre o que é um consentimento livre e esclarecido? Como se pode verificar nos resultados, existem confusões em relação à documentação que foi apresentada como sendo um consentimento livre e esclarecido.

A bioética guia os profissionais indicando o caminho na conceituação do TCLE, distinguindo-o de uma autorização para início do tratamento ou de um termo de autorização para uso de imagem. A bioética também intervém no reconhecimento da importância da autonomia e do consentimento livre e esclarecido nos procedimentos clínicos.

O grau de vontade dos dentistas de se fazer entender completamente por seus pacientes varia de profissional para profissional. Que riscos deveriam ser discutidos pelo dentista? Deveria esta discussão cobrir algum ou todos os riscos aos quais o paciente estaria exposto ou somente os eventos negativos mais prováveis de acontecer? Se o paciente pergunta algo sobre os materiais dentários, ou risco de ter determinado material em sua boca, é pertinente ao dentista responder.

De maneira geral, é aceito pela justiça que o dentista não é legalmente obrigado a discorrer sobre todos os riscos sabidos para seus pacientes. A gravidade das possíveis consequências, ou riscos resultantes do tratamento, também são relevantes para decidir se um determinado risco ou elemento deveria ser informado. Riscos só devem ser explicitados se a probabilidade do efeito negativo ocorrer for maior que 1%. É importante lembrar que, se o paciente fizer uma pergunta sobre determinado risco, o dentista deve prover toda informação requerida mesmo que a probabilidade de efeitos indesejáveis acontecerem seja bem menor que 1%<sup>10</sup>.

O princípio da autonomia é utilizado em grande escala nos países desenvolvidos, tanto para assegurar os interesses do paciente quanto uma forma legal de garantir que o profissional respeitou a vontade do mesmo, configurando um documento, o consentimento informado<sup>25</sup>. Assim, o consentimento tornou-se mais um documento para compor o prontuário de saúde. No entanto, nossos resultados mostraram a falta de clareza dos cirurgiões-dentistas da rede pública em relação a tal documentação, além do fato de não estarem orientados para introduzir o consentimento livre e esclarecido de maneira formal.

Caso ocorra a incorporação pré-matura do TCLE por escrito, este tornar-se-á um mero documento deontológico padrão, mais uma formalidade banal da burocracia da saúde, um procedimento executado sem o objetivo real de respeitar a individualidade do paciente. Fica claro que os profissionais necessitam de uma reciclagem bioética para congregarem, ao princípio da beneficência, já consolidado e normatizado, o princípio da autonomia.

O emprego, na maioria dos hospitais pesquisados, de um consentimento livre e esclarecido verbal demonstra a preocupação dos profissionais em relação à autonomia do paciente. Essa pesquisa não focalizou a subjetividade dos consentimentos empregados, não conhecendo o teor dos mesmos. Deste modo, mais uma vez, podem-se sugerir maneiras de orientação bioética para os profissionais, cabendo às instituições a iniciativa de informá-los e capacitá-los sobre os diversos temas que a disciplina aborda, permitindo e estimulando a participação dos mesmos em cursos, eventos científicos e atualizações que envolvam esta temática, evitando a preocupação exclusiva com a formação técnico-científica. Contudo, não se busca aqui crucificar ou duvidar da intenção dos profissionais em empregar os melhores esforços para buscar o bem-estar dos pacientes e sim, suscitar pequenas dúvidas com o intuito de esclarecer equívocos existentes no uso do consentimento livre e esclarecido, seja ele formal ou verbal.

## Considerações finais

O consentimento livre e esclarecido não segue orientação para sua utilização nos hospitais públicos no atendimento odontológico no Distrito Federal. Os resultados obtidos nos setores de odontologia relataram que, para início do tratamento, é utilizado o consentimento livre e esclarecido, na maioria das entidades, de forma verbal. Há, portanto, a busca pelo respeito à autonomia do paciente. Existem equívocos sobre qual documentação é consentimento livre e esclarecido e qual é consentimento para início do tratamento ou consentimento para uso de imagem. Assim, a análise das cópias dos dois modelos encaminhados constatou a falta de conhecimento, por parte do profissional, do que realmente configura um consentimento livre e esclarecido. Os cirurgiões-dentistas atuantes na rede pública hospitalar necessitam receber maior informação sobre bioética com o intuito de congregarem, ao

princípio da beneficência, já consolidado e normatizado, o princípio da autonomia.

O uso consciente do TCLE leva a um processo de maior respeito à autonomia do paciente e, por consequência, a uma maior eficácia na beneficência do exercício profissional.

## Colaboradores

Maluf F participou em todas as fases de elaboração da pesquisa, redação do artigo e revisão final. Carvalho GP, Diniz Jr JC participaram na elaboração do texto. Bugarin Jr JG e Garrafa V orientaram todo o processo de pesquisa.

## Referências

1. Garrafa V, Prado MM, Bugarin Jr JG. Bioética e odontologia. In: Vieira TR, organizador. *Bioética nas profissões*. Petrópolis: Editora Vozes; 2005. p. 85-100.
2. Bugarin Jr JG. *O uso de biomateriais na prática odonto-estomatológica – uma análise bioética* [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2002.
3. Schramm FR. A autonomia difícil. *Bioética* 1998; 6(1):27-37.
4. Bellino F. *Fundamentos da bioética*. Bauru (SP): EDUSC;1997.
5. Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de bioética*. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Loyola; 1996.
6. Kant I. *Fundamentos da metafísica dos costumes e outros escritos*. São Paulo: Editora Martin Claret; 2002.
7. Pessini L et al. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Editora Paulus; 2002.
8. Engelhardt Jr HT. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Editora Loyola; 1998.
9. Lolas F. *Bioética o que é, como se faz*. São Paulo: Edições Loyola; 2001.
10. Graham PE, Harel-Raviv M. The future of informed consent and patient-dentistry communication. *Journal of Canadian Dental Association* 1997; 63(6):460-463.
11. Garrafa V. Bioética e odontologia. In: Kriger L, organizador. *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: ABO-PREV - Artes Médicas; 2003. p. 495-504.
12. Soares MTAM, Mota MA, Gravina DBL. *Odontologia e bioética. O respeito à autonomia dos pacientes por cirurgiões-dentistas do Distrito Federal* [monografia]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2001.

13. Garrafa V. *Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão*. *Jornal do Conselho Federal de Medicina* 1998; 8(97):28.
14. Gracia D. La bioética médica. In: Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS). *Bioética - Temas y Perspectivas*. Washington: OPS/OMS; 1991. p. 03-07.
15. Silva FL. Beneficência e paternalismo. *Jornal do Conselho Federal de Medicina* 1997; 12(88):8-9.
16. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos em salud pública: limitadores y propuestas. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4): 949-956.
17. Costa S, Diniz D. *Ensaios bioéticos*. Brasília: Editora Letras Livres; 2001.
18. Fortes PAC. *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos*. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária; 1998.
19. Goldim JR. Capacidade. [acessado 2002 out]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/competen.htm>
20. Sen AK. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000. p. 109-134.
21. Goldim JR. Consentimento informado. [acessado 2002 out]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/consinf.htm>
22. Muñoz, DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, organizadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 53-70.
23. Faden RR, Beauchamp TL. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press; 1986.
24. Jungues JRSJ. Ética e consentimento informado. *Cadernos de Ética em Pesquisa* 2000; 3(4): 22-25.
25. Garrafa V. *Dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP/Kellogg Foundation; 1995.

---

Artigo apresentado em 12/12/2005

Aprovado em 22/06/2006

Versão final apresentada em 23/08/2006