



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e  
Clínica Integrada  
ISSN: 1519-0501  
apesb@terra.com.br  
Universidade Federal da Paraíba  
Brasil

Ribeiro de Rezende Sucasas da COSTA, Luciane; Alves da Costa AZEVEDO, Anailde; Machado do PRADO, Mauro; Brambilla MARTORELL, Leandro  
Legitimidade e Licitude da Técnica de Separação Acompanhante-Criança Durante o Atendimento Odontológico no Contexto Brasileiro  
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 8, núm. 3, septiembre-diciembre, 2008, pp. 367-373  
Universidade Federal da Paraíba  
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63711711018>

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

# Legitimidade e Licitude da Técnica de Separação Acompanhante-Criança Durante o Atendimento Odontológico no Contexto Brasileiro

Legitimacy and Legality of the Technique for Separating Parent/Caregiver and Child during the Dental Treatment in the Brazilian Scenario

Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da COSTA<sup>I</sup>

Anaílde Alves da Costa AZEVEDO<sup>II</sup>

Mauro Machado do PRADO<sup>III</sup>

Leandro Brambilla MARTORELL<sup>IV</sup>

<sup>I</sup>Professora Associada do Departamento de Prevenção e Reabilitação Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia/GO, Brasil.

<sup>II</sup>Mestre em Clínica Odontológica pela Universidade Federal de Goiás, Goiânia/GO, Brasil.

<sup>III</sup>Professor Adjunto do Departamento de Prevenção e Reabilitação Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia/GO, Brasil.

<sup>IV</sup>Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia/GO, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** A técnica da separação acompanhante-criança, durante o atendimento odontológico, merece maiores discussões e aprofundamentos à luz de referenciais jurídicos e morais que envolvem o atendimento odontológico da criança e do adolescente, pois a literatura brasileira parece não contemplar esse debate. O referencial teórico que embasa este trabalho contempla três abordagens específicas sobre o tema objeto de investigação, em suas duas vertentes, ou seja, a legitimidade e a legalidade da técnica em questão: aspectos técnicos, aspectos éticos (Deontologia e Bioética) e aspectos legais (Código Civil, Estatuto da Criança e do Adolescente e Código de Defesa do Consumidor).

**Objetivo:** Esta pesquisa bibliográfica consiste no levantamento e análise de aspectos éticos e legais envolvidos no emprego da técnica de separação durante o manejo comportamental da criança em situação de atendimento odontológico, com a finalidade de servir de orientação para cirurgiões-dentistas e demais profissionais da área da saúde para a reflexão sobre essa relação dialética entre o profissional e seus pacientes.

**Conclusão:** Não há evidências de que a separação da criança de seu acompanhante, visando o melhor comportamento da primeira, produza algum efeito. Os aspectos éticos e legais relacionados a essa técnica são a vulnerabilidade e a incapacidade da criança, a necessidade de se respeitar a autonomia da pessoa, a análise dos riscos e benefícios da técnica, a educação e informação dada à família quanto ao atendimento odontológico da criança e o consentimento livre e esclarecido pelo responsável legal da criança. Essa técnica pode ser considerada ilegítima e ilegal, caso a sua indicação não seja compartilhada entre cirurgião-dentista, criança e seu representante legal. O cirurgião-dentista brasileiro deve encorajar a presença do responsável legal pela criança e o adolescente durante o atendimento odontológico, sendo a utilização da técnica reservada para casos especiais em que a tomada de decisão seja construída em conjunto por todos os atores envolvidos.

## DESCRITORES

Assistência odontológica para crianças; Ética odontológica; Defesa

## ABSTRACT

**Introduction:** The technique for separating parent/caregiver and child during the dental treatment deserves further and profound discussion in the light of the legal and moral references involving the dental treatment of children and adolescents because this debate seems not to be properly addressed in the Brazilian dental literature. The theoretical reference on which this study is based contemplates three specific approaches on the investigated subject in both their aspects of legitimacy and legality of the technique: technical and ethical aspects (Deontology and Bioethics) and legal aspects (Civil Law Code, Statute of the Children and Adolescents and Consumer Defense Code).

**Objective:** This literature review consists in the survey and analysis of ethical and legal aspects involved in the use of the separation technique during behavioral management of the child during the dental treatment, aiming to guide and advise the dentists and other health professionals to ponder upon this dialectic relationship between the professionals and their patients.

**Conclusion:** There is no evidence that separating children from their parents/caregivers during dental treatment will result in a better behavior of the children. The ethical and legal aspects related to this technique are the child's vulnerability and incapacity, the need of protecting the personal autonomy, the analysis of the technique's risks and benefits, the education and information to the family as regards the dental treatment of the child and the informed consent given by the child's legal representative. This technique may be considered as illegitimate and illegal if its use is not shared among the dentist, the child and the child's legal representative. The Brazilian dentists should encourage the presence of the child's and adolescent's legal representative during the dental treatment and the use of the separation technique should be seen as an extreme measure to be employed with the common decision shared by all involved participants.

## DESCRIPTORS

Dental care for children; Ethics in dentistry; Child and adolescent

## INTRODUÇÃO

Um dos fundamentos do atendimento odontológico a crianças reside na conquista de um ambiente em que a criança possa cooperar com os procedimentos técnicos, favorecendo a melhor qualidade da assistência. Nesse sentido, existem diferentes técnicas de controle de comportamento do paciente infantil que são freqüentemente implementadas, umas mais comunicativas e outras mais restritivas, como a contenção física (atualmente denominada estabilização protetora), a sedação e a anestesia geral.

Uma técnica não restritiva muito conhecida é a da separação acompanhante-criança, que objetiva<sup>1</sup>: ganhar a atenção e melhorar a obediência do paciente, impedir comportamentos negativos ou de escusa, estabelecer apropriadamente o papel do dentista e o do paciente, melhorar a comunicação efetiva entre dentista-criança-pais, minimizar a ansiedade do paciente e, ainda, alcançar uma experiência odontológica positiva. Essa técnica pode ser utilizada em qualquer criança, com exceção daquelas em que os pais não querem colaborar com a sua execução<sup>1</sup>.

Em uma pesquisa<sup>2</sup> com um grupo de cirurgiões-dentistas brasileiros que atendem crianças na primeira infância, acompanhantes e pacientes foram percebidos como obstáculos: "se dentistas não reconhecerem o sofrimento implicado em suas práticas e as dificuldades de seu papel profissional, sua imagem idealizada legitimará apenas algumas possibilidades de afetividade nas relações e nos vínculos concretos, atribuindo os obstáculos, as dores, exclusivamente aos pacientes e, em caso de relações triádicas como na Odontologia para bebês, aos acompanhantes também".

Apesar de reconhecidamente utilizada no Brasil, não existem dados estatísticos que mostrem a freqüência da utilização da técnica da separação acompanhante-criança em consultórios odontológicos em nível nacional. Nos Estados Unidos e no Reino Unido, ao contrário, sabe-se que cerca de 80% a 90% dos profissionais permitem que os pais estejam presentes no consultório odontológico durante o atendimento da criança<sup>3,4</sup>. Essa presença é mais observada particularmente nas consultas de emergência e de pacientes especiais<sup>5</sup>.

Pela escassez de trabalhos na literatura brasileira, trata-se de um assunto que merece maiores discussões e aprofundamentos à luz de referenciais jurídicos e morais que envolvam o atendimento odontológico da criança e do adolescente. O presente trabalho tem como objetivo avaliar o uso da técnica da separação acompanhante-criança, considerando aspectos clínicos, éticos e legais dentro do contexto da odontologia brasileira.

## Aspectos Clínicos

A percepção do acompanhante como fator dificultador do atendimento odontológico de crianças é secular. Em 1898, Belcher<sup>6</sup> já recomendava que os pais ficassem fora do consultório durante o atendimento de suas crianças, e essa conduta permanece nos tempos atuais<sup>7</sup>. No entanto, uma mudança no enfoque da relação cirurgião-dentista-paciente infantil e sua família tem sido promovida pela transformação da sociedade em três aspectos: o aumento da violência - que exige que os pais sejam mais protetores, a escassez de tempo dos pais para o convívio com seus filhos - que faz com que eles desejem estar mais envolvidos com as experiências de suas crianças, e o aumento de demandas judiciais – por estarem os pais (consumidores) mais conscientes de seus direitos<sup>8</sup>.

Os poucos estudos publicados sobre a efetividade da técnica da separação acompanhante - criança não foram conclusivos<sup>8</sup>, sugerindo que a questão do comportamento da criança durante atendimento odontológico é multidimensional. Em um estudo de 1978, os pesquisadores acompanharam 207 sessões de atendimento odontológico a 64 crianças de 2 a 5 anos, sem experiência odontológica prévia, e observaram que a presença ou ausência dos pais não produziu diferenças estatisticamente significantes nas respostas das crianças e que a presença dos pais não se associou a respostas negativas<sup>9</sup>. Em outra pesquisa, 32 crianças inglesas de 4 a 12 anos exibiram comportamentos semelhantes se separadas ou não de seus pais<sup>10</sup>. Nesse sentido, sugere-se a técnica de exclusão seletiva dos pais: se a criança exibe comportamento incontrolável, solicita-se ao pai que deixe o consultório (após este ser orientado e consentir) e diz-se à criança que só após cessar o comportamento inadequado é que o pai/ a mãe retornará<sup>11</sup>.

Por outro lado, 66% a 100% dos pais desejam estar presentes no consultório durante o atendimento odontológico de seus filhos<sup>10,12</sup>. No contexto brasileiro, os resultados dos estudos são semelhantes. Em Recife, verificou-se que que 55% dos acompanhantes de crianças de 1 a 13 anos prefeririam permanecer próximos à criança durante o atendimento odontopediátrico, para que a criança se sentisse mais segura e se comportasse melhor (72,4%) ou para os próprios pais se sentirem mais seguros (13,8%). Também nesse estudo, os acompanhantes de crianças de 10 a 13 anos preferiram ficar na sala de espera acreditando que a criança se comportaria melhor sem sua presença<sup>13</sup>. Em São Paulo, um grupo de pesquisadores entrevistando 52 pares mães-crianças de 5 a 12 anos, constatou que 40% das mães gostariam de entrar na sala de atendimento e 69,2% das crianças gostariam que a mãe entrasse. As razões alegadas pelas mães para permanecerem junto às crianças foram: dar segurança ao filho, curiosidade, vontade de ficar perto do filho e medo de que a criança sofresse. As mães que não gostariam de

o atendimento. Mais de dois terços das mães acreditavam que o comportamento de seus filhos iria piorar caso entrassem no consultório. Os motivos declarados pelas crianças para quererem a presença da mãe foram: a mãe poderia ajudar, medo da separação e ficarem mais calmas<sup>14</sup>. Pesquisa com abordagem qualitativa revelou que algumas mães também observaram que sua própria presença no consultório dificultava o atendimento da criança<sup>15</sup>.

Outro aspecto evocado no assunto em pauta é a questão da educação dos pais para estarem junto às suas crianças durante o atendimento odontológico<sup>16</sup>. Eles devem compreender e perceber a necessidade do tratamento, as possíveis seqüelas do não tratamento e o potencial trauma físico-emocional dos métodos de controle de comportamento, para posteriormente assinarem o consentimento informado para o uso de qualquer um desses métodos.

#### Aspectos Éticos, Deontologia e Bioética

A legitimidade da aplicação da técnica em questão, ou seja, valores e normas morais a serem observados pelo profissional para sua deliberação de conduta, deve ser discutida com base em referenciais deontológicos e bioéticos.

A teoria deontológica é utilizada como referencial pelas diferentes profissões para a elaboração de seus códigos de ética profissional. As normas deontológicas estão na interface do direito e da moral e são necessárias no processo de organização social, aí inserida qualquer atividade profissional<sup>17</sup>. O capítulo V do Código de Ética Odontológica (CEO) - Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) de número 42, de 20 de maio de 2003, com última alteração através da Resolução CFO de número 71, de 6 de junho de 2006, diz respeito às diretrizes que guiam o relacionamento do cirurgião-dentista com o paciente (Seção I) e com a equipe de saúde (Seção II)<sup>18</sup>. Como consiste em um modelo prescritivo de conduta, inicia-se com o Artigo 7º evidenciando aquilo que constitui infração ética pelo profissional, através dos incisos I a XII. Destacam-se, dentre esses, os que apresentam direta relação com a discussão da permanência ou não do acompanhante/responsável legal durante as sessões de atendimento odontológico de crianças e adolescentes<sup>18</sup>:

- II. aproveitar-se de situações decorrentes da relação profissional/paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política;
- IV. deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento;
- VIII. iniciar tratamento de menores sem a autorização de seus responsáveis ou representantes legais, exceto em casos de urgência ou emergência;
- IX. desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente;
- XII. iniciar qualquer procedimento ou tratamento

do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência.

Adicionalmente, o inciso V do Artigo 3º do Capítulo II do CEO evidencia que o responsável legal é sujeito ativo na relação cirurgião-dentista-paciente, integrando a mesma como terceiro elemento, substituto legítimo do segundo<sup>18</sup>.

No campo da ética prática, a Bioética estuda os problemas e as implicações éticas originadas de problemas sociais e de pesquisas científicas em biologia e medicina<sup>19</sup>. Existe uma carência de bibliografia específica na área se considerada a produção brasileira, a qual tem sido fortemente influenciada pelo modelo hegemônico principalista, mas com algumas proposições de modelos de reflexão a partir de bioeticistas brasileiros<sup>20</sup>. Os fundamentos da Bioética, na óptica do principalismo, têm natureza pragmática e são representados pela não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça.

A questão da autonomia de crianças e adolescentes é polêmica, havendo críticas à atitude paternalista que pressupõe que a criança e o adolescente são seres incapazes. Na verdade, estes têm autonomia reduzida - por sua condição de vulnerabilidade - ou em construção - por estarem em desenvolvimento, sendo necessário avaliar a evolução das competências nas diferentes idades, ressaltando o caráter progressivo da aquisição de competência por parte de menores e adolescentes<sup>21</sup>. Assim, ninguém pode exercer plenamente o direito de consentir por outra pessoa; o consentimento é um ato individual, indelegável. O representante legal poderia permitir, isto é, tem uma delegação de autoridade para decidir no melhor interesse dessa pessoa, mas não substitui a própria pessoa<sup>22</sup>. Nesse sentido, a tomada de decisões do tratamento odontológico de crianças e adolescentes envolve a heteronomia, vontade não autogrida, mas sim regida por metas externas ao indivíduo.

Ao se analisar a importância da bioética e do respeito aos seus princípios, destacadamente o da autonomia, na relação cirurgião-dentista/responsáveis por crianças submetidas a tratamento odontológico em instituições diversas da cidade de Araçatuba/SP, verificou-se que existe, por parte de alguns cirurgiões-dentistas, desrespeito ao princípio da autonomia, quando não permitem que responsáveis participem das decisões do tratamento da criança, o que viola o exercício pleno do consentimento livre e esclarecido<sup>23</sup>.

Nos casos em que a autonomia de um ser humano encontrar-se reduzida, em respeito à sua dignidade, os princípios éticos da beneficência e da não-maleficência terão prioridade<sup>24</sup>. Quando a criança manifesta recusa em participar do tratamento odontológico, o princípio ético que deve nortear a decisão pelo uso de técnicas restritivas deve ser o da beneficência: "estaremos fazendo o bem e evitando o mal?". Nessa situação, o cirurgião-dentista deve olhar para além do benefício odontológico e

### Aspectos Legais

“Os caminhos da ética não são os caminhos do jurídico – a norma consiste em lógica do Direito. E o Direito rege o que é<sup>17</sup>. O objeto de estudo deste artigo relaciona-se ao Direito privado, o qual regula as relações entre os homens, tendo em vista o interesse particular dos indivíduos; equivale, num sentido mais amplo, a Direito Civil<sup>25</sup>.

O novo Código Civil Brasileiro (CCB) se constitui na Lei Nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002, e começou a vigorar em 13 de janeiro de 2003, substituindo o Código de 1916<sup>26</sup>. O Art. 5º do novo CCB reduziu a maioridade civil de 21 para 18 anos, estando o indivíduo, ao completar essa idade, apto a praticar todos os atos da vida civil. Pessoas que não têm a possibilidade de exercer pessoalmente seus direitos, segundo o CCB, são chamados de incapazes<sup>25</sup>. Os Art. 3º e 4º do CCB determinam que são absolutamente incapazes os menores de 16 anos e relativamente incapazes os maiores de 16 e menores de 18 anos<sup>26</sup>.

O instituto da incapacidade busca proteger os portadores de uma deficiência jurídica apreciável. Essa proteção é assim graduada em: total privação do agir jurídico (absolutamente incapazes) ou privação parcial (relativamente incapazes). Aos primeiros, a lei determina que sejam representados, para que possam exercer os atos concernentes à vida jurídica; já os segundos serão apenas assistidos<sup>27</sup>. Assim, os absolutamente incapazes não podem praticar quaisquer atos jurídicos, e se os praticam por meio de sua própria manifestação volitiva, tal ato é nulo. Diversamente, os incapazes relativos apresentam um grau de perfeição intelectual não desprezível e o legislador dá validade ao ato jurídico emanado de sua vontade, o qual pode aperfeiçoar-se e ganhar eficácia se ele comparecer assistido por seu representante – pai/mãe, tutor ou curador, ou seja, seu ato não é nulo, mas anulável<sup>25</sup>.

Quanto ao poder familiar, os Art. 1.633 a 1.635 do CCB evidenciam que, até os 16 anos da criança, pai ou mãe representam-na nos atos da vida civil e que, dos 16 aos 18 anos incompletos, os pais assistem ao menor. O Art. 1.635 preceitua claramente as situações para extinção do poder familiar, e os Art. 1.633 e 1.634 mencionam a figura do tutor em substituição ao poder familiar<sup>26</sup>.

Outra situação de perda de poder sobre atos da vida civil refere-se à curatela ou curadoria, conferida por lei a alguém para reger a pessoa e os bens, ou somente os bens, de pessoas menores ou maiores incapazes, ou por ainda não terem nascido. A curatela é sistematicamente tratada pelo novo CC nos Art. 1.767 e 1.775<sup>26</sup>. A questão da curatela tem sua aplicação, na Odontologia, para as situações de atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais, sejam elas relacionadas a deficiência mental, doença crônica incapacitante ou dependência química.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei 8.069, de 13 de julho de 1990<sup>28</sup>. Segundo o ECA, criança é a pessoa de até 12 anos de idade incompletos; e adolescente, aquele entre 12 e 18 anos incompletos. Para o ECA, crianças e adolescentes têm direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Em seu Art. 17, traz que o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais. Os direitos estabelecidos no ECA deverão ser respeitados pela família, pela sociedade e pelo Estado, sob pena de responderem pelos danos causados. Ainda, o Art. 18 evidencia que todos devem velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Finalmente, vale ressaltar o Código de Defesa do Consumidor (CDC) - Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990, em vigor a partir de 11 de março de 1991<sup>29</sup>, com foco nos direitos de cidadania na esfera das relações de consumo, até então regradas pelo Código Civil. O Art. 4º do CDC discorre sobre os princípios que norteiam a defesa do consumidor, reconhecendo a vulnerabilidade do consumidor e a necessidade de educação e informação de fornecedores e consumidores quanto aos seus direitos e deveres, com vistas à melhoria do mercado de consumo. O Art. 6º do CDC estabelece os direitos do consumidor, dentre os quais destacam-se o direito à vida e à saúde, à educação e à informação clara e adequada sobre serviços.

Contudo, pesquisa recente evidenciou que há cirurgiões-dentistas que ainda não estão cientes de que a relação profissional-paciente, na Odontologia, também é regida pelo CDC. Além disso, alguns profissionais entrevistados consideraram que a discussão de questões técnicas com os pacientes pode prejudicar os resultados do tratamento e a imagem do profissional<sup>30</sup>.

## DISCUSSÃO

---

Esta pesquisa bibliográfica, ao destacar os aspectos fundamentais para o emprego da técnica de separação acompanhante-criança no consultório odontológico, mostra que sua efetividade não foi confirmada em estudos estrangeiros<sup>9,10</sup>, tampouco investigada em estudos nacionais provavelmente porque, no senso comum dos cirurgiões-dentistas brasileiros que exercem odontopediatria, a separação entre acompanhante e criança é fato rotineiro e não questionado. Parece que, tradicionalmente, os pais têm sido excluídos do consultório odontológico, devido a crenças dos próprios dentistas de

entre profissional e paciente, sem a interferência materna ou paterna<sup>3</sup>. De qualquer forma, os pais desejam presenciar o atendimento de seus filhos<sup>10,12,13</sup>, assim como as crianças desejam a permanência de seus cuidadores<sup>14</sup>. Sugere-se que a idade da criança influencia mais no seu comportamento do que a própria presença do acompanhante<sup>10</sup>, mas o fator “idade” deve ser investigado associado a outros como, ansiedade, temperamento e experiências anteriores.

Constatou-se que, em geral, os pais não se sentem prejudiciais ao comportamento de seus filhos durante a consulta odontológica<sup>12,13</sup>. É certo que acompanhantes não podem mais ser vistos como obstáculos a um bom relacionamento profissional-paciente. Ao contrário, os cirurgiões-dentistas devem compreender os pais como aliados no tratamento odontológico das crianças. Do ponto de vista da conduta clínica, a questão do envolvimento e educação dos pais, resultantes de uma comunicação adequada com os mesmos, aumenta sua aceitação dos métodos de controle de comportamento que devem ser empregados<sup>8,11,16</sup>. Se o profissional consegue esse envolvimento, a presença do acompanhante conforta o paciente e melhora seu comportamento.

Por outro lado, tão importante quanto as questões “clínicas” da aplicação da técnica de separação acompanhante-criança em odontologia, situa-se a reflexão ética e legal que envolve todos os interessados – criança, seus pais ou responsáveis legais e o cirurgião-dentista. É mister evidenciar que a criança é um ser com autonomia em construção, isto é, pode não compreender a necessidade do procedimento, mas deve, na medida de seu desenvolvimento, participar do processo de tomada de decisão no que se refere a qualquer conduta clínica, fornecendo o seu assentimento ao procedimento<sup>21</sup>. Ou seja, caso o cirurgião-dentista decida pela utilização da técnica, deve explicar previamente aos pais ou representantes legais (tutor, curador) sobre a indicação, riscos e benefícios da mesma; para a criança, explicar os motivos pelo qual a está aplicando e também as condições necessárias para que se deixe de aplicá-la.

A ética nos mostra que a criança, como paciente, é um ser duplamente vulnerável, pelo próprio fato de ser paciente e pelo fato de estar condicionada à decisão de seu representante legal. Dessa forma, o cirurgião-dentista não pode obter vantagem da relação profissional-paciente, como bem afirma o CEO. Ao contrário, o profissional deve ter como meta construir uma rede de relação com a criança e seu acompanhante, de forma a proteger a dignidade e os direitos dos envolvidos.

Há de se concordar com França<sup>31</sup>, para quem “a ética não pode ser uma opção neutra e acomodada, estéril e formalista, complacente com uma estrutura social perversa que cria profundos desníveis e golpeia a comunidade de forma cruel e impiedosa.” Nesse

deve-se transformar a ética de decisões pessoais - deixo ou não o acompanhante da criança ficar na sala - em um norte de uma decisão coletiva capaz de atingir a categoria odontológica e a sociedade de forma ampla – é prudente que o acompanhante fique junto à criança/adolescente, salvo situações menos freqüentes a serem avaliadas por todas pessoas diretamente envolvidas (cirurgião-dentista, criança/adolescente, representante legal). Ainda dentro da normativa ética, nota-se que o CEO poderia ser mais claro no que se refere à prestação de serviços a pessoas com autonomia reduzida ou em construção.

Em termos da moralidade, busca-se objetivamente definir limites para a competência da criança, sendo que para alguns autores brasileiros menores de 12 anos são tidos como incapazes e o poder decisório é de seus pais, e que a partir dos 14 anos cada caso deve ser estudado cuidadosamente<sup>32</sup>. Porém, isso vai de encontro à questão legal normatizada pelo CC: menores de 16 anos são considerados incapazes, e adolescentes entre 16 e 18 anos incompletos são relativamente incapazes. Isso significa que os primeiros têm que ser representados pelo pai, mãe, tutor ou curador em qualquer ato da vida civil, para que tais atos não sejam anulados. Os segundos têm que ser assistidos pelo representante legal, ou seja, têm poder de decisão que deve ser corroborado pelo pai, mãe, tutor ou curador, para que seu ato não seja anulável – o cirurgião-dentista pode ser mais flexível com relação à presença dos representantes legais destes últimos, mas deve estimular a presença dos mesmos no caso dos incapazes.

Assim, se a criança/adolescente não pode entender ou se manifestar sobre ser separado de seu acompanhante, o cirurgião-dentista deve conseguir o consentimento de seus representantes legais, lembrando que nem toda espécie de parentesco qualifica o indivíduo como tal. O emprego da técnica em foco nesta pesquisa será lícito desde que não dependa da vontade de apenas uma pessoa (o profissional), e que sua indicação seja plenamente compreendida pelos atores autônomos no caso.

Em suma, a técnica da separação acompanhante-criança não é corroborada pela discussão ética e legal que dela se depreende. Em nome de um paternalismo ultrapassado, o cirurgião-dentista não pode e não deve tomar decisões em favor da criança sem a anuência de seu representante legal, ou seja, a decisão tem que ser compartilhada. E, importa ressaltar que, em qualquer tipo de intervenção odontológica na criança, a necessidade da obtenção do consentimento informado do responsável legal é ponto de intersecção entre a legitimidade e a licitude do ato.

Na impossibilidade ou caso não haja desejo dos representantes estarem presentes a todas as sessões de atendimento odontológico da criança, é importante que o profissional o encoraje a presenciar as consultas da

sobre o planejamento do tratamento e tudo o que ocorrer na situação de atendimento. Uma sugestão de texto para o consentimento aplicável a esses casos: "embora não presente a todos os atendimentos, foi-me passado todo o planejamento do tratamento...".

Porém, se após tentativas frustradas de atendimento odontológico da criança, cirurgião-dentista e responsável legal concordam que a presença do último pode não estar contribuindo para a desejada cooperação do paciente, pai/mãe/tutor/curador pode ser afastado para longe do alcance da visão da criança onde, preferencialmente, possa visualizar a situação, seja por meio de circuito interno de vídeo, ou atrás de uma parede, ou mesmo em outra área da sala de atendimento.

Não é raro a criança ou o adolescente se dirigir aos serviços de saúde desacompanhados de seu representante legal. Nessas situações, ratifica-se que o cirurgião-dentista não está amparado, nem ética (Art. 6º, inciso VI)<sup>18</sup> nem legalmente, a iniciar o atendimento desse paciente. A não ser em caso de urgência, cabe ao profissional não realizá-lo.

## CONCLUSÕES

- 1) Não há evidências de que a separação da criança de seu acompanhante, visando o melhor comportamento da primeira, produza algum efeito;
- 2) Os aspectos éticos e legais relacionados a essa técnica são a vulnerabilidade e a incapacidade da criança, a necessidade de se respeitar a autonomia da pessoa, a análise dos riscos e benefícios da técnica, a educação e informação dada à família quanto ao atendimento odontológico da criança e o consentimento livre e esclarecido pelo responsável legal da criança;
- 3) Essa técnica pode ser considerada ilegítima e ilegal, caso a sua indicação não seja compartilhada entre cirurgião-dentista, criança e seu representante legal;
- 4) O cirurgião-dentista brasileiro deve encorajar a presença do responsável legal pela criança e o adolescente durante o atendimento odontológico, sendo a utilização da técnica reservada para casos especiais em que a tomada de decisão seja construída em conjunto por todos os atores envolvidos.

## AGRADECIMENTOS

À Capes, pela concessão de bolsa de estudo de mestrado.

## REFERÊNCIAS

- of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs – Committee on Behavior Guidance. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2007-2008; 29(7 Suppl):115-24.
2. Barreto RA. Sobre a afetividade na odontologia para bebês. *Psicol Cienc Prof* 2003; 21(3):30-7.
3. Carr KR, Wilson S, Nimer S, Thorton Jr JB. Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. *Pediatr Dent* 1998; 21(6):347-53.
4. Crossley ML, Joshi G. An investigation of paediatric dentist's attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK. *Br Dent J* 2002; 192(9):517-21.
5. Adair SM. Behavior management conference. Panel I report – rationale for behavior management techniques in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2004; 26(2):167-70.
6. Belcher D. Exclusion of parents from the operating room. *Br J Dent Sci* 1898; 41:1117.
7. Pinkham JR. An analysis of the phenomenon of increased parental participation during the child's dental experience. *ASDC J Dent Child* 1991; 58(6):458-63.
8. Certo MA, Bernat JE. Parents in the operatory. *N Y State Dent J* 1995; 61(2):34-8.
9. Venham LL, Bengston D, Cipes M. Parent's presence and the child's response to dental stress. *ASDC J Dent Child* 1978; 45(3):213-7.
10. Fenlon WL, Dobbs AR, Curzon MEJ. Parental presence during treatment of the child patient: a study with British parents. *Br Dent J* 1993; 174(1):23-8.
11. Fayle SA, Tahmassebi JF. Paediatric Dentistry in the new millennium: 2. Behaviour management - helping children to accept dentistry. *Dent Update* 2003; 30(6):294-8.
12. Peretz B, Zadik D. Attitudes of parents towards their presence in the operatory during dental treatments to their children. *J Clin Pediatr Dent* 1998; 23(1):27-30.
13. Colares V, Scavuzzi AI, Nascimento P, Rosenblatt A. A opinião das mães com relação à sua presença na sala clínica do consultório odontopediátrico. *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia* 1998; 17:11-4.
14. Tostes M, Gomes AMM, Corrêa, MSNP. Separação materna durante o atendimento infantil. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1998; 52(4):302-5.
15. Oliveira VJ, Costa LR, Marcelo VC, Lima AR. Mothers' perceptions of children's refusal to undergo dental treatment: an exploratory qualitative study. *Eur J Oral Sci* 2006; 114(6):471-7.
16. Harper DC, D'Alessandro DM. The child's voice: understanding the contexts of children and families today. *Pediatr Dent* 2004; 26(2):114-20.
17. Marcos B. Deontologia. In: \_\_\_\_\_. Ética e profissionais de saúde. São Paulo: Santos; 1999. p.167-98.
18. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Resolução nº 71 de 6 de junho de 2006. Altera a redação do Capítulo XIV do Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro: CFO, 2006.
19. Sakamoto BAM. Bioética e filosofia. In: Vieira TR. Bioética nas profissões. Petrópolis: Vozes, 2005. p.28-43.
20. Prado MM. Panorama da Bioética no Brasil: um estudo sobre a reflexão bioética desenvolvida no país [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2002.
21. Mouradian WE. Making decisions for children. *Angle Orthod* 1999; 69(4):300-5.
22. Goldim JR. Consentimento informado em crianças e adolescentes. *Revista HCPA* 1997; 17(1):20-1.
23. Garbin CAS, Mariano RQ, Machado TP, Garbin AJI. Estudo bioético das relações humanas no tratamento odontológico. *Rev Fac Odontol Lins* 2002; 14(1):54-9.
24. Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo

25. Rodrigues S. Direito civil: Parte geral. 34. ed. São Paulo: Saraiva; 2003.
26. Brasil. Ministério da Justiça. Código civil. Lei Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. [Acesso 2006 Jan 12]. Disponível em: <[http://www.mj.gov.br/sal/codigo\\_civil/indice.htm](http://www.mj.gov.br/sal/codigo_civil/indice.htm)>.
27. Diniz MH. Direito civil brasileiro. Teoria geral do direito civil. São Paulo: Saraiva; 2002.
28. Brasil. Ministério da Justiça. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. [Acesso 2006 Mar 12]. Disponível em: <[https://200.181.15.9/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](https://200.181.15.9/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)>.
29. Brasil. Ministério da Justiça. Código de Proteção e Defesa do Consumidor. LEI Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Edição revista, atualizada e ampliada – 1998. [Acesso 2006 Jan 12]. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/DPDC/servicos/legislacao/cdc.htm>>.
30. Silva RD. Ortodontia e a relação profissional paciente. O entendimento entre as partes e algumas implicações éticas e legais que se estabelecem durante o tratamento [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2005.
31. França BHS. Responsabilidade civil do profissional de saúde. In: Urbán CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p.198-204.
32. Clotet J, Loch JA. Capacidade para tomar decisões sanitárias: autonomia moral versus autonomia legal. In: Urbán CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p.44-7.

Recebido/Received: 31/01/08

Revisado/Reviewed: 06/05/08

Aprovado/Approved: 20/05/08

**Correspondência/Correspondence:**

Luciane R. R. S. Costa

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás  
Primeira Avenida, S/N - Esquina com Praça Universitária,  
Goiânia/GO CEP: 74605-220

Telefone: (62) 3209-6065

E-mail: [lsucasas@odontof.ufg.br](mailto:lsucasas@odontof.ufg.br)