

Conhecimento, conscientização e atitude do docente no que respeita ao consentimento informado e à autonomia do paciente

A informação em linguagem compreensível ao paciente e a consideração à sua autonomia expressam o comprometimento docente para com os referenciais deontológicos e constituem instrumentos de defesa de profissionais e instituições.

Daniela Sens Nunes*, Fernando Fernandes**

* Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Bolsista PIBIC.

** Professor Assistente do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa. E-mail: ffernand@uepg.br.

RESUMO

Um problema fundamental na relação profissional-paciente é a tomada de decisão, principalmente no que se refere aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem adotados. O consentimento do paciente, antes do início de qualquer procedimento, é uma condição a ser respeitada. Observando-se o Princípio da Autonomia, toda pessoa tem o direito de decidir o que deseja ou não para si própria. A ausência do termo de consentimento pode significar um desrespeito a esse direito básico. Analisar o conhecimento, a conscientização e a atitude do docente em relação ao emprego do termo de consentimento informado e à autonomia do paciente nas disciplinas clínicas do Curso de Graduação em Odontologia faz-se imperioso. Para tal desiderato, um questionário com 12 questões fechadas, do tipo “sim” ou “não”, foi entregue a cada um dos 42 docentes do curso; 24 responderam. A análise percentual das respostas obtidas demonstrou que 95,8% sabem o que é termo de consentimento informado e têm conhecimento da importância de sua utilização. Diante da indagação “Saberia elaborar um termo de consentimento informado?”, 58,3% responderam sim. Apurou-se ainda que 67% dos sujeitos da amostra têm consciência das implicações ético-legais da não-utilização do consentimento

informado. No entanto, apenas 25% responderam conhecer o Princípio da Autonomia, e tão-somente a metade desses (12,5%) colocava em prática tal princípio. O docente do curso demonstra conhecimento e conscientização no que respeita ao termo de consentimento informado, embora sua atitude o comprometa ao demonstrar que não coloca em prática o Princípio da Autonomia.

DESCRITORES

Autonomia pessoal. Bioética. Consentimento esclarecido. Ética odontológica. Responsabilidade legal.

Muitos são os pacientes que procuram as clínicas do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), com diferentes tipos de alterações bucais. Os docentes do Curso de Odontologia da UEPG, ao receberem esses pacientes, teriam conhecimento, conscientização e atitude própria no que tange ao emprego do consentimento informado e à autonomia do paciente nas disciplinas clínicas do curso de graduação?

O cirurgião-dentista professor universitário, ao abdicar o uso do consentimento informado num tratamento odontológico, estaria tolhendo a autonomia

do paciente. Destarte, estaria desrespeitando o ser humano. Ora, pois: como, quando e onde estaria configurada a aliança terapêutica indispensável ao bom desenvolvimento do tratamento proposto, nas suas diversas modalidades? Ademais, como espelho acadêmico, não seria esse o momento de se demonstrar ao discente que aquele mestre embasa sua proposta de terapêutica clínica expondo, argumentando e, antes de tudo, educando um paciente carente que procura as clínicas da Instituição. Estaria esse mesmo mestre cômico das implicações ético-legais da não-utilização do consentimento informado?

Na área odontológica houve um extraordinário avanço técnico-científico nos últimos anos que, infelizmente, não foi acompanhado por um fundamental embasamento ético suficiente para sustentar as novas técnicas e/ou o uso de novos materiais incorporados ao exercício profissional. Ademais, dúvidas que fossem apresentadas pelos pacientes eram consideradas subjetivas quando comparadas ao benefício e à verdade objetiva, ou seja, o conhecimento científico a ele proporcionado pelo médico, o único que dominava técnica e legalmente os conhecimentos sobre as doenças. Com a Odontologia, que surgiu formalmente apenas em 1841, as coisas aconteceram da mesma maneira⁹.

Dessa forma, surgiram questões a respeito da autonomia do paciente que, até então, eram praticamente desconsideradas.

A cidadania não é prerrogativa do indivíduo saudável. No dia-a-dia avulta o reconhecimento de que numa instituição de saúde o paciente não tem mais o papel de mero coadjuvante, o que significa a sua emancipação. A relação entre o profissional de saúde e o usuário está sendo repensada, pois o doente, com a matiz de usuário dos serviços de saúde, insurgiu-se não só contra os erros profissionais, aqueles afetos à técnica (erro de diagnóstico e erro terapêutico), mas também contra o descumprimento dos deveres de humanidade, tais como: o desrespeito à autonomia, à privacidade, ao sigilo, a ausência de prontuário e registros sobre sua assistência, a falta de informação clara e acessível e até a letra indecifrável¹⁵.

Farah, Ferraro⁷ (2000) comentaram que o consentimento do paciente, antes do início de qualquer procedimento realizado pelo cirurgião-dentista, é uma condição a ser respeitada, observando-se o princípio da autonomia, pelo qual todos têm o direito de ser autor de seu próprio destino e decidir o que deseja ou não em sua vida.

Dessa forma, portanto, a autonomia indica a capa-

cidade de autodeterminação, condição indispensável para a verdadeira vida moral¹⁸.

O ser humano não nasce autônomo, torna-se autônomo, e para isto contribuem variáveis estruturais biológicas, psíquicas e socioculturais. Uma pessoa autônoma pode agir não-autonomamente em determinadas circunstâncias. Por isso, a avaliação de sua livre manifestação decisória é uma das mais complexas questões éticas impostas aos profissionais de saúde¹⁶.

Um problema fundamental na relação médico-paciente é o da tomada de decisão, principalmente no que se refere aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem adotados. O dilema que geralmente se impõe nas várias situações é: a decisão deve ser do médico, preparado para a arte de curar e aquele que sabe mais, ou do paciente, porque é o dono do seu próprio destino e, portanto, deve decidir o que quer para si?

O profissional da área de saúde, diante de uma pessoa autônoma, deverá evitar decidir, fundamentado em seus próprios valores, o que é bom para ela, o que deverá ser seu bem-estar, sua qualidade de vida. É preciso não esquecer que, muitas vezes, médicos e pacientes provêm de classes sociais distintas, com distintos valores socioculturais, valores esses que podem entrar em choque nas relações estabelecidas entre as duas partes¹⁶.

Em bioética, a relação médico-paciente pode reduzir-se a três tipos de agentes: o médico, o paciente e a sociedade. Cada um com um significado moral específico: o médico com o da beneficência, o paciente guiado pelo princípio da autonomia e a sociedade, pelo da justiça¹⁶.

A noção do consentimento na atividade médica é fruto de posições filosóficas relativas à autonomia do ser humano quando de decisões tomadas em tribunais. Segundo o princípio de autonomia, a pessoa autônoma tem o direito de consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que afetem ou venham a afetar sua integridade físico-psíquica ou social. A respeito disso, Junges¹³ (2000) afirma que ser autônomo significa ter uma vontade autolegisladora. Agente autônomo é autodirigido, não agindo por influência de mandatos externos. Ser autônomo e escolher autonomamente não são a mesma coisa do que ser respeitado como agente autônomo. Ser respeitado significa ter reconhecido seu direito de autogoverno; é afirmar que o sujeito está autorizado a se determinar autonomamente, livre de limitações e interferências. O princípio da autonomia expressa esse respeito defendendo que ações au-

tônomas e escolhas não devem ser constringidas pelas de outros, mesmo que estas fossem objetivamente para o bem do sujeito. O princípio diz, nada mais nada menos, que existe o direito de o sujeito não sofrer interferência e, correlativamente, a obrigação de não se constringir uma ação autônoma. O princípio da autonomia tem a sua expressão no assim chamado “consentimento informado”. O direito ao consentimento informado quer proteger e promover a autonomia. O princípio da autonomia é uma das características importantes do consentimento informado. O ato de consentir deve ser genuinamente voluntário e basear-se na revelação adequada das informações¹³.

Estamos num momento histórico de mudança na “cultura ética”, diferente, porém, do que ocorreu no final do século XX, quando as sociedades foram invadidas por um modismo ético. Hoje, a ética é preocupação de todos os setores; entretanto, a preocupação é ainda maior quando falamos dos usos e abusos da ética. Daí a importância da existência de leis e resoluções que oficializem essa preocupação e orientem a aplicação da ética¹⁷, a exemplo da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁶.

A Carta Magna Brasileira reavivou os direitos fundamentais do homem. Também se resgataram os direitos de personalidade, aqueles relacionados ao respeito e à preservação moral da pessoa humana: direito à honra, ao nome, à imagem, ao sigilo, à liberdade de consciência e culto. Assegurou o direito à autonomia a todos os cidadãos ao incluir a determinação de que ninguém pode ser obrigado a fazer ou a deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei². Já o Código Penal Brasileiro exige o respeito a esse direito ao punir, em seu artigo 146, aquele que constringer outrem a fazer o que a lei não manda ou a deixar de fazer o que a lei manda¹.

Vislumbram-se no Brasil, desde a década de 80, códigos de ética profissional que vêm tentando estabelecer uma relação dos profissionais com seus pacientes, na qual o princípio da autonomia tenda a ser ampliado. Crescem, portanto, a discussão e a elaboração de normas deontológicas sobre as questões que envolvem as relações da assistência à saúde contendo os direitos fundamentais que devem reger a vida do ser humano¹⁶. Tal compreensão é encontrada no sétimo artigo do Código de Ética Odontológica, que veda ao cirurgião-dentista “iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência”⁵.

O consentimento informado tem sido um dos te-

mas mais debatidos na Bioética. Mas essa questão também vem sendo, muitas vezes, restringida simplesmente ao seu lado legal, tornando o que poderia ser observado em diferentes aspectos em algo limitado a acatamento de regras. Segundo Clotet⁴ (2000), o consentimento informado vai além de uma doutrina legal, sendo um direito moral dos pacientes que faz surgir, assim, uma série de obrigações morais por parte dos profissionais envolvidos na assistência e na pesquisa.

O consentimento é realmente esclarecido dependendo do que o profissional de saúde explica ao paciente. Depende também de se a pessoa entendeu a situação e do seu grau de vulnerabilidade à circunstância¹⁷.

Segundo a Sociedade Catarinense de Direitos Humanos, o paciente tem o direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem realizados. Deve consentir de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação. Quando ocorrerem alterações significativas do estado de saúde inicial ou da causa pelo qual o consentimento foi dado, esse deverá ser renovado¹⁹.

Para abordar de forma abrangente o processo de consentimento informado, este deve ser dividido em três etapas: as condições prévias da pessoa que irá consentir, os elementos de informação e o consentimento propriamente dito. A pessoa que será submetida a um procedimento assistencial ou de pesquisa deverá consentir de acordo com duas condições prévias: a capacidade para entender e decidir, que não tem uma dependência direta com a idade, e a voluntariedade. Esta última é a possibilidade que a pessoa tem de tomar decisões sem ser constringida ou até mesmo coagida para que decida por uma das alternativas¹⁰. O consentimento deve ser dado livremente e não mediante práticas de coação física, psíquica ou moral, ou através de simulação ou práticas enganosas. Deve ser livre de restrições internas, causadas por distúrbios psicológicos, e livre de coações externas, por pressão de familiares, amigos e dos profissionais de saúde. A persuasão é aceita, porém não são admitidas a coação ou a manipulação de dados ou fatos. Todavia, essa persuasão deve ser feita como uma tentativa de induzir a decisão de outra pessoa através de apelos à razão, o que é aceito eticamente¹⁶. Além disso, o consentimento não é algo imutável, mas pode ser mudado ou revogado a qualquer momento por decisão livre e esclarecida da pessoa assistida, sem que esta sofra objeções e sanções morais ou administrativas⁷.

O sujeito tem que ser informado e esclarecido sobre o que vai ser feito com ele, quais os riscos que

podem ocorrer e quais os benefícios que podem advir. Além disso, a pessoa tem todo direito de se recusar a aceitar o que lhe está sendo proposto, sem que isso resulte em nenhuma sanção, em nenhuma limitação de sua liberdade de decisão¹¹.

O consentimento esclarecido precisa conter informações adequadas e que possam ser compreendidas pelo paciente. Dessa forma o paciente não fica apenas informado, mas também é esclarecido através de informações que estejam adaptadas às suas circunstâncias culturais e psicológicas. Não é necessário que os profissionais de saúde apresentem as informações utilizando linguagem técnico-científico, mas sim palavras mais simples, aproximativas, inteligíveis e respeitosas, e de forma organizada¹⁶.

A forma com que a informação é fornecida poderá influenciar o entendimento por parte do paciente. Para que ocorra esse entendimento, os profissionais de saúde deverão utilizar terminologia adequada, encorajar questionamentos e se certificar de que os seus pacientes estão realmente entendendo as informações¹⁴. O consentimento livre e esclarecido às vezes não traz informações suficientes para a decisão consciente do sujeito da pesquisa. Em outras situações, apresenta uma linguagem complexa demais, pouco acessível, não levando em conta o nível de conhecimento do paciente. Há ainda os consentimentos que parecem induzir à participação. Uma das soluções para evitar textos muito complexos, longos e frios, resultantes de traduções que não se adequam à realidade brasileira, é, além de uma linguagem mais esclarecedora, a capacitação de pesquisadores para informarem adequadamente, possibilitando assim um maior diálogo com a sociedade¹².

O consentimento propriamente dito ocorre quando o participante ou paciente toma a decisão por uma das alternativas apresentadas. A assinatura do termo de consentimento é a última etapa do processo, quando a pessoa documenta a sua autorização para a realização dos procedimentos propostos¹⁰.

Em todas as situações, salvo as emergenciais, o consentimento informado é inerente ao próprio ato de assistir¹⁰. Se ocorrer risco iminente de morte, a própria lei desobriga a obtenção do consentimento até que o paciente não mais se encontre em tal situação de risco⁷. A obtenção do consentimento nas situações de atendimento de emergência nem sempre é possível e, algumas vezes, é até danosa ao próprio paciente, pois pode acarretar perda de tempo na realização de procedimentos necessários à preservação da sua vida. Após o atendimento emergencial o médico assistente

deverá informar e justificar ao paciente, à sua família ou a outros terceiros que sejam responsáveis por ele todas as ações e os procedimentos que a equipe realizou durante a vigência dessa situação¹⁰. Polemiza Sousa²⁰ (2004) ao inferir que as informações podem legalmente ser sonegadas, de acordo com o Código de Ética Médica, quando: “a) a informação possa prejudicar o paciente, ou, de forma mais grave: b) o paciente corre risco de vida”. Finaliza o autor que, ainda de acordo com o Código de Ética Médica, Artigo 46, é vedado ao médico “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida”²⁰. Para tais circunstâncias, do novo Código Civil Brasileiro se extrai: “Artigo 188 – Não constituem atos ilícitos: [...] II - a deterioração da coisa alheia, ou a lesão da pessoa, a fim de remover perigo iminente. § único. No caso do inciso II, o ato será legítimo somente quando as circunstâncias o tornarem absolutamente necessário, não excedendo os limites do indispensável para a remoção do perigo”³. O valor da vida humana, nesses casos, se sobrepõe à necessidade de um consentimento e do esclarecimento do paciente, de acordo com a compreensão jurídica prevalente e com as normas de ética profissional da área de saúde.

Outro importante aspecto a ser incluído no processo de obtenção do consentimento informado é a privacidade do paciente, já que ela garante que os dados, sejam de assistência ou de pesquisa, não serão identificados ou revelados a quem não os necessita saber⁸.

“In fine”, privacidade é limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, bem como do acesso à própria pessoa e à sua intimidade. Esses aspectos também estão presentes nas publicações científicas, nas quais não deverá ser possível identificar os pacientes a partir de imagens e fotografias. Em caso de necessidade imperiosa, isso será permitido apenas com o consentimento, por escrito, dos mesmos⁸ – o que tem amparo na própria Constituição Federal, em seu Artigo 5º, item X².

É importante esclarecer a diferença entre o consentimento informado, que consiste em um processo para o auxílio na tomada de decisão pelo paciente, e o termo de consentimento, que é um documento legal assinado pelo paciente ou por seus representantes legais com o objetivo de respaldar juridicamente as ações dos profissionais. Se o termo de consentimento não respeitar a manifestação autônoma dos pacientes ele terá pouca ou nenhuma validade ética¹⁶.

São motivos centrais para o uso de um termo de consentimento informado: defesa do paciente, prova do Médico/Dentista e parte de um sistema de investigação Médica/Odontológica. O termo de consentimento informado defende o paciente por garantir o conhecimento dos riscos e das conseqüências do tratamento, respeitando o princípio de autonomia. O termo serve de prova de que o Médico/Dentista forneceu as informações necessárias ao paciente. Assim, mesmo sendo necessária a autorização do paciente, ela não elimina o risco de responsabilização. Isso porque o paciente normalmente é leigo, já que não cursou uma faculdade de Medicina ou Odontologia, o que não permite que ele julgue tecnicamente os procedimentos sugeridos⁷.

MATERIAL E MÉTODOS

Após aprovação do protocolo de pesquisa (Parecer nº 02/2004 exarado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa), um questionário contendo doze questões fechadas do tipo “sim” ou “não” foi entregue a cada um dos 42 (quarenta e dois) docentes lotados no Departamento de Odontologia da UEPG. O retorno desses questionários fez-se através envelope lacrado depositado o mais breve possível na pasta do pesquisador; pasta essa disposta no arquivo dos professores junto ao Departamento de Odontologia da referida Instituição. Um documento por escrito em que constavam as orientações para o retorno dos questionários foi entregue a cada um dos sujeitos da pesquisa. Tal metodologia visou a confidencialidade dos respondentes, os quais perfizeram 24 (vinte e quatro) questionários respondidos (57,14% do total da amostra). Por pertencer ao mesmo Departamento, desconsiderou-se o professor orientador do trabalho. Destaque-se que 17 (dezessepte) docentes não responderam (40,47%) ao questionário. Adotou-se o estudo quantitativo na análise dos dados coletados, os quais receberam tratamento estatístico de forma descritiva e inferencial. Na análise descritiva se utilizaram gráficos e na análise inferencial se usaram porcentagens numéricas de ocorrência dos fenômenos colhidos.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 13 docentes do gênero masculino (54%) e 11 do gênero feminino (46%). Na distribuição por idade, observou-se uma concentração nos intervalos dos 30 aos 39 anos e dos 40 aos 49 anos (29,1% e 41,6%, respectivamente). Esses mesmos intervalos juntos representaram 70,7% da amostra.

No que respeita à formação acadêmica dos docentes, 50% são doutores, 42%, mestres e 8%, especialistas; destarte, há um predomínio da formação *stricto sensu* (92%) sobre a formação *lato sensu* (8%). Quanto ao tempo que esses mesmos docentes lecionavam na Instituição ocorreram as seguintes distribuições por períodos: de 0 a 05 anos (1 profissional ou 4,1%), de 06 a 10 anos (6 profissionais ou 25%), de 11 a 15 anos (4 profissionais ou 16,6%), de 16 a 20 anos (11 profissionais ou 45,8%), de 21 a 25 anos (nenhum profissional ou 0%) e de 26 a 30 anos (2 profissionais ou 8,3%). Também foi questionado ao docente se era responsável por disciplina e 14 responderam serem responsáveis por disciplina (58,3% do total da amostra). Os resultados obtidos com a pergunta “Quais itens compõem o prontuário odontológico empregado na disciplina?” (Gráfico 1) foram: 83,3% dos docentes assinalaram o item anamnese; 79,1%, o item plano de tratamento; 75%, histórico clínico; 70,8%, qualificação do paciente; 50%, orientação sobre higienização; 45,8%, receitas e atestados; 45,8%, registro do quadro clínico-odontológico com que o paciente deixou o consultório; 29,1%, orientação para o pós-operatório imediato e mediato; apenas 29,1% assinalaram consentimento livre e esclarecido do paciente ou responsável, e 12,5%, abandono de tratamento pelo paciente. Indagados sobre o que respeita propriamente ao consentimento informado, a

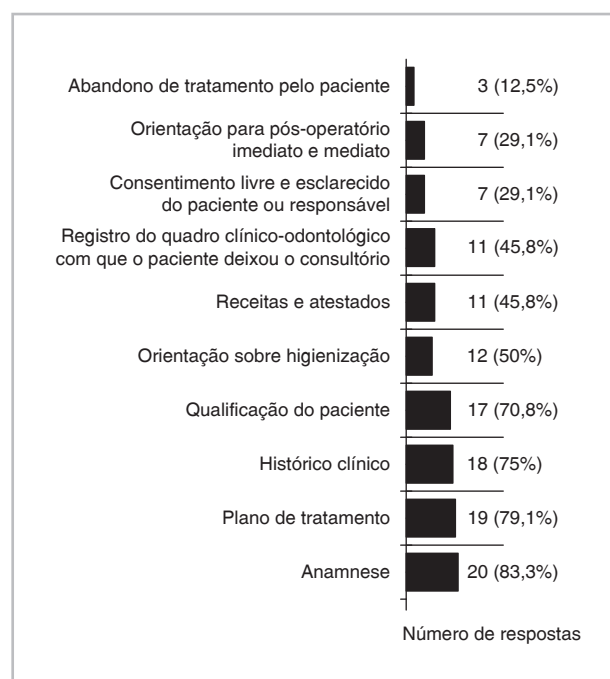


Gráfico 1 - Itens que compunham o prontuário odontológico empregado nas disciplinas.

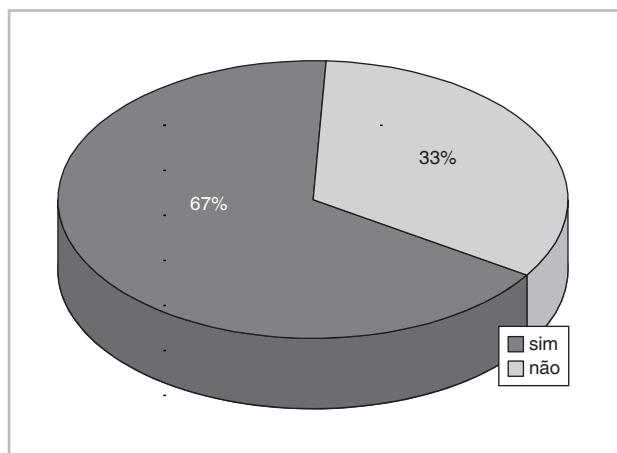


Gráfico 2 - Distribuição dos profissionais (%) quanto à consciência das implicações ético-legais da não-utilização do consentimento informado.

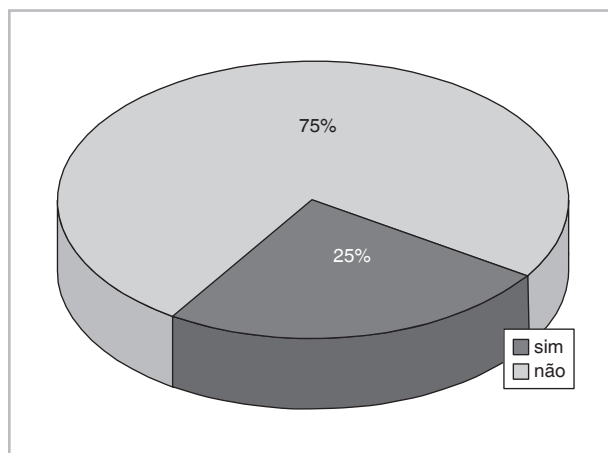


Gráfico 3 - Distribuição dos profissionais (%) quanto ao conhecimento do Princípio da Autonomia.

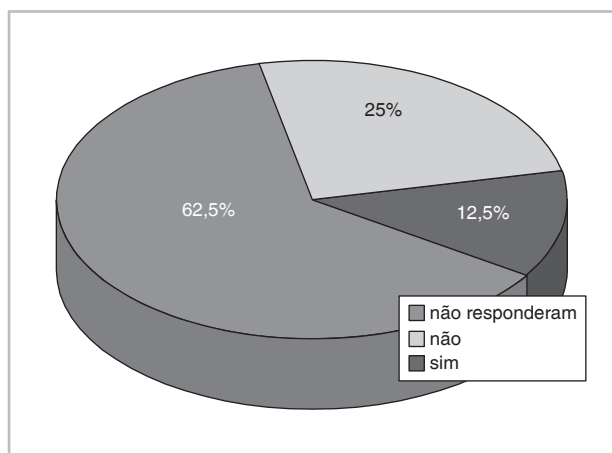


Gráfico 4 - Distribuição dos profissionais (%) quanto à aplicação do Princípio da Autonomia.

grande maioria dos docentes respondeu que sabe o que é termo de consentimento informado (95,8%). A partir da pergunta “Saberia elaborar um termo de consentimento informado?”, quatorze profissionais disseram que sim (58,3%) e dez, que não saberiam (41,7%). Sobre ter conhecimento da importância da utilização do termo de consentimento informado, 23 sujeitos da amostra (95,8%) responderam que sim. Questionou-se ainda sobre as implicações ético-legais da não-utilização do consentimento informado (Gráfico 2). Observou-se que 16 profissionais (67%) disseram ter consciência de tais implicações, enquanto 8 deles (33%) disseram não ter. Abordando-se a questão do Princípio da Autonomia do Paciente como um dos três grandes referenciais da Deontologia, foi perguntado se isso era de seu conhecimento. Foram 6 as respostas positivas a essa questão, ou seja, 25% da amos-

tra conhece o Princípio da Autonomia; houve 18 respostas negativas, representando 75% da amostra (Gráfico 3). E, ainda com relação ao Princípio da Autonomia do Paciente, constatou-se que somente 3 sujeitos (correspondendo a 12,5%) conhecem o Princípio da Autonomia e o colocam em prática, enquanto 6 sujeitos da pesquisa (25%) não o colocam em prática. A grande maioria dos sujeitos da pesquisa (15 profissionais) simplesmente não assinalou nem positiva ou negativamente, deixando a questão em branco (62,5%) (Gráfico 4).

DISCUSSÃO

A relação entre o profissional de saúde e o usuário está sendo repensada, pois se exige daquele um aprimoramento condizente com a práxis e deste uma compreensão do que pode vir a ser alterado em seu fisiologismo¹⁵. Há o entendimento de que a informação precisa, em linguagem compreensível ao interlocutor, e a consideração à autonomia são os principais instrumentos de defesa dos profissionais⁷ e das instituições de saúde. Assim, o primeiro aspecto a ser analisado refere-se ao retorno dos 24 (vinte e quatro) questionários respondidos num universo de quarenta e dois docentes lotados no Departamento de Odontologia da UEPG. Frise-se que 17 (dezessete) docentes não responderam (40,47%) ao questionário. Em conformidade com nosso índice de respostas aos questionários, ousamos declinar a idéia de que os elementos típicos selecionados não demonstraram, na sua totalidade, interesse pela temática exposta, muito embora essa afete a todos os docentes; docentes esses na faixa etária entre 30 e 49 anos (70,7% da amostra), com

discreta predominância do gênero masculino (54%), a maioria lecionando há 11-20 anos na Instituição (62,4%), responsáveis por disciplina (58,3%) e com formação acadêmica em nível *stricto sensu* (92%). Ainda no que respeita à formação acadêmica do docente verificou-se uma equidade entre mestres e doutores.

A literatura compulsada aponta a importância do conhecimento e da utilização do consentimento livre e esclarecido do paciente no exercício da prática clínica Médica e Odontológica^{2,4,5,6,7,9,10,12,14,16,17,20}, importância essa asseverada por 95,8% dos docentes que compuseram a amostra. No entanto, pôde-se observar que esses mesmos docentes, de forma contraditória, pouco assinalaram o item “consentimento livre e esclarecido do paciente ou responsável” como elemento componente do prontuário odontológico empregado na disciplina. Constituindo a documentação odontológica o meio de prova para a comprovação do cumprimento da obrigação pelo cirurgião-dentista, e, sendo essa o espelho dos procedimentos realizados, nossos resultados sobre os itens que comporiam o prontuário odontológico empregado na disciplina revelaram a contradição, pois esses mesmos docentes demonstraram atenção a anamnese (83,3%), ao plano de tratamento (79,1%), ao histórico clínico (75%) e à qualificação do paciente (70,8%), dentre outros, enquanto tão-somente 29,1% do universo respondente assinalou “consentimento livre e esclarecido do paciente ou responsável”. Procedimentos clínicos devem ser previamente consentidos^{7,10,16}.

Antes de estabelecermos outros paralelos com a literatura, gostaríamos de tecer alguns comentários sobre os resultados provenientes dos questionamentos: “Sabe o que é termo de consentimento informado?” e “Sabe elaborar um termo de consentimento informado?”. Inicialmente, pudemos observar que 95,8% do total da amostra sabe o que é termo de consentimento informado. No entanto, quanto a saber elaborar um termo de consentimento informado, 58,3% responderam sim. Desse resultado extrai-se que 41,7% dos docentes não saberiam elaborar tal termo. Nesse aspecto, parte dos profissionais da nossa amostra poderia estar exposta a situações extremamente desfavoráveis^{7,10,16}. Isso também poderia acarretar sérias conseqüências para um profissional, pois esse documento é de fundamental importância, tanto por constituir defesa do paciente e prova do médico/cirurgião-dentista, bem como por constituir parte de um sistema de investigação médica/odontológica⁷. Ademais, em vista dessa questão, como ficaria a prática docente? Não bastaria tão-somente saber o que é

termo de consentimento informado, mas também saber elaborar um termo de consentimento informado.

Além dos dados já apontados, 33% dos docentes responderam não ter consciência das implicações ético-legais da não-utilização do consentimento informado. Isso poderia vir a ser um indicador da necessária reciclagem docente, pois este ao desconhecer tais implicações poderá comprometer a prática docente. Ainda tendo por escopo tais implicações, a literatura compulsada é vigorosa^{1,3,5,7,19}. Ademais, projetos de pesquisa são enviados à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sem atenderem às exigências da Resolução 196/96^{6,12}.

Deve-se também atentar seriamente para o problema do desconhecimento que envolve o Princípio da Autonomia do Paciente e a sua importância como característica expressiva no Consentimento Informado¹³. Do conjunto de respostas às indagações sobre conhecer e colocar em prática o Princípio da Autonomia resultou que, apenas seis (25%) dos profissionais questionados conheciam esse princípio e, desses seis, somente três (12,5%) o colocariam em prática. Sendo o Princípio da Autonomia uma das características importantes do consentimento informado¹³, indicador da capacidade de autodeterminação¹⁸ e de manifestação decisória (complexa questão ética imposta ao profissional de saúde¹⁶), esses resultados revelaram um desconhecimento que evidencia, infelizmente, ausência do comprometimento docente para com os referenciais deontológicos. Como repercussão, espera-se que esse mesmo docente desperte para o conhecimento, a conscientização e atitude própria em relação ao emprego do consentimento informado, respeitando a autonomia do paciente, não somente nas disciplinas clínicas, mas também na vida profissional.

CONCLUSÕES

Analisando e discutindo os resultados, ousamos declinar:

- O docente que compôs a amostra apresenta o seguinte perfil: 70,7% está nas faixas etárias entre 30-39 anos e 40-49 anos; é do gênero masculino (54%); é doutor (50%), mestre (42%) ou especialista (8%); leciona na Instituição há 11-20 anos (62,4%) e é responsável por disciplina (58,3%).
- Dos itens a compor o prontuário odontológico empregado na disciplina destacam-se: anamnese (83,3%); plano de tratamento (79,1%); histórico clínico (75%) e qualificação do paciente (70,8%).

Apenas 29,1% empregariam o consentimento livre e esclarecido do paciente ou responsável.

- Da amostra, 95,8% dos respondentes sabem o que é termo de consentimento informado e têm conhecimento da importância da sua utilização.
- Contrariamente, 41,7% responderam que não saberiam elaborar um termo de consentimento informado.
- Somente 25% dos docentes conhecem o Princípio da Autonomia. Desses, apenas 12,5% colocam em prática tal Princípio.
- O desconhecimento do Princípio Ético da Autonomia por parte do docente poderá comprometer os referenciais deontológicos, além de constituir uma ausência no incentivo e na demonstração ao discente quando do não embasamento da proposta de terapêutica clínica em diálogo franco, argumentos sólidos e respeito ao ser humano.

ABSTRACT

Knowledge, understanding and attitude of the professor in relation to the informed consent and autonomy of the patient

One fundamental problem in the relationship between professional and patient is the decision-making process, principally when it comes to the diagnostic and therapeutic procedures that will be applied. Obtaining the patient's informed consent before any procedure is carried out is a requirement that should be observed. In accordance with the principle of autonomy, every person is entitled to choose what he/she wants or does not want for himself/herself. The absence of the informed consent term can mean disrespect to this basic right. It is therefore mandatory to analyse the knowledge, understanding, and attitude of the professor regarding the use of the informed consent term and the patient's autonomy in the clinical disciplines of the Dentistry Course. A questionnaire with 12 closed questions, type "yes" or "no", was given to each of the 42 professors of the course; 24 of them answered it. The percentile analysis of the answers demonstrated that 95.8% knew what the informed consent term is and were aware of the importance of its use. To the question "Would you know how to write an informed consent term?", 58.3% of the sample answered yes. The answers also showed that 67% of the interviewees were aware of the ethical-legal implications of not using the informed consent term. However, only 25% of the them knew the Principle of Autonomy, and only half of these (12.5%) practiced it. The average professor of the course demonstrated

knowledge and understanding regarding the Informed Consent Term, though his/her attitude was compromised as the Principle of Autonomy was not fully put into practice.

DESCRIPTORS

Personal autonomy. Bioethics. Informed consent. Ethics, dental. Liability, legal. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Código Penal Brasileiro. São Paulo: Saraiva; 1986.
2. Brasil. Constituição Federal. 5ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2000.
3. Brasil. Novo Código Civil Brasileiro, Lei nº 10.406. Brasília: Editora Nacional; 2002.
4. Clotet J. Direitos Humanos e Biomedicina. Cadernos de Ética em Pesquisa 2000;3(4):28.
5. Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica. Resolução nº 42, de 20 de maio de 2003. Rio de Janeiro: CFO; 2003.
6. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. DOU; 1996. p. 21082-5.
7. Farah EE, Ferraro L. Como prevenir problemas com os pacientes - responsabilidade civil: para dentistas, médicos e profissionais da saúde. 3ª ed. São Paulo: Quest; 2000.
8. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos Bioéticos da Confidencialidade e Privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998; p. 269-84.
9. Garrafa V. Manipulação da Vida. Cadernos de Ética em Pesquisa. 1998;1(2):24-5.
10. Goldim JR. O Processo de Consentimento Informado numa Perspectiva além da Autonomia. In: Universidade do Vale do Itajaí. Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura. Comissão de Ética em Pesquisa. II Seminário sobre Ética em Pesquisa; 2004. p. 19-36.
11. Hossne WS. A Dignidade como Meta. Cadernos de Ética em Pesquisa 1998;1(1):12-3.
12. Hossne WS. Consentimento: Livre e Esclarecido. Cadernos de Ética em Pesquisa 2002;5(10):3.
13. Junges JR. Ética e Consentimento Informado. Cadernos de Ética em Pesquisa 2000;3(4):22-5.
14. Lovisi GM, Lima LA, Morgado AF. Limitação do consentimento informado em psiquiatria. Informação Psiquiátrica 1997;16(3):98-101.
15. Marchi MM, Sztajn R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. Bioética 1998;6(1):39-45.
16. Munhoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Fe-

- deral de Medicina; 1998. p. 53-70.
17. Sawaia BB. Ética nas Ciências Humanas. Cadernos de Ética em Pesquisa 2000;3(4):14-6.
18. Schramm FR. Respeito à autonomia. Cadernos de Ética em Pesquisa; 1999;2(3):16-9.
19. Sociedade Catarinense de Direitos Humanos. Direitos do Paciente 2002 [acesso em 24 out 2002]. Disponível em: URL: <http://www.dhnet.org.br>.
20. Sousa LCS. Direito à Verdade e o Código de Ética Médica. O Mundo da Saúde 2004;28(3):266-76.
19. Sociedade Catarinense de Direitos Humanos. Direitos do Pa-

Accito para publicação em 11/2005

Proponha, discuta, participe! Filie-se à ABENO

A Associação Brasileira de Ensino Odontológico tem como OBJETIVOS:

- Congregar todas as instituições de ensino odontológico no Brasil
- Atuar objetivando a melhoria do ensino odontológico no País
- Adotar medidas que objetivem a formação e o aperfeiçoamento do pessoal docente e dos profissionais de Odontologia
- Estimular as atividades de pesquisa na ciência odontológica
- Incentivar as atividades de extensão e de educação em Saúde junto às comunidades
- Defender os interesses das instituições de ensino que a integram
- Constituir-se fator de integração entre o ensino e a cultura nacional
- Manter relações com as entidades representativas da categoria odontológica
- Manter intercâmbio com entidades estrangeiras representativas da docência odontológica

Filiando-se à ABENO, você estará inserido no processo de melhoria do ensino e do exercício da Odontologia no Brasil.

Filiação e mais informações no site: www.abeno.org.br/novo_socio.html