

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**A BIOÉTICA NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA -
Análise de sua importância para uma prática consciente e crítica.**

AUTOR:

Mauro Machado do Prado

ORIENTADOR:

Prof. Dr. Volnei Garrafa

BRASÍLIA, dezembro de 2006.

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**A BIOÉTICA NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA -
Análise de sua importância para uma prática consciente e crítica.**

Tese apresentada e defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde.

AUTOR:

Mauro Machado do Prado

ORIENTADOR:

Prof. Dr. Volnei Garrafa

BRASÍLIA, dezembro de 2006.

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE APROVAÇÃO

A BIOÉTICA NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA - Análise de sua importância para uma prática consciente e crítica.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a outorga do Grau de Doutor em Ciências da Saúde a MAURO MACHADO DO PRADO, para análise e avaliação em Defesa de Doutorado pelos seguintes membros que compõem a Banca Examinadora:

Prof. Dr. Volnei Garrafa

Departamento de Saúde Coletiva – FS / UnB
Presidente da Banca

Profa. Dra. Nilce Santos de Melo

Departamento de Odontologia – FS / UnB
Membro

Profa. Dra. Lilian Marly de Paula

Departamento de Odontologia – FS / UnB
Membro

Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo

Departamento de Odontologia – FS / UnB
Membro

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

Centro de Ciências da Saúde – UFPE
Membro

Prof. Dr. Carlos Gramani Guedes

Departamento de Odontologia – FS / UnB
Membro Suplente

BRASÍLIA, dezembro de 2006.

DEDICATÓRIA

A minha querida esposa, Silvana de Moraes Vilas Boas, em reconhecimento pela compreensão, tolerância e companheirismo demonstrados durante minha formação.

E a nossas duas amadas filhas, Mariana Vilas Boas do Prado e Giovana Vilas Boas do Prado, que nos possibilitam compreender melhor o espetáculo da vida e aprender a vivê-lo com mais intensidade, alegria e amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida.

Ao meu pai e minha mãe, pelo que fizeram e fazem por mim, formando-me digno com seus exemplos.

Ao meu irmão e irmãs, pelo que somos juntos.

A minha esposa e filhas, pela composição que formamos.

Aos professores e funcionários que atuam no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – FS/UnB, por sua dedicação.

Ao Professor Volnei Garrafa, pela oportunidade e pelos ensinamentos.

Aos Professores Nilce Santos de Melo, Lilian Marly de Paula, Jorge Alberto Cordón Portillo, José Thadeu Pinheiro e Carlos Gramani Guedes, pela importante análise e contribuição a este estudo.

A todos os professores que, com altruísmo e competência, orientaram meus passos.

Aos colegas de Brasília, pela caminhada em parceria.

Aos estudantes e cirurgiões-dentistas que contribuíram com este estudo.

Aos amigos que conquistei durante esta jornada, pelo apoio e afeição mútuos.

A Ana Lúcia dos Santos Rodrigues, Katiane Gercy Barreto dos Santos e Leonardo Monteiro Oliveira, pela dedicação a nossas causas e amizade sincera.

A todos, enfim, que, em meu caminho, presentearam-me com um cumprimento, um sorriso, um gesto fraterno, uma atenção.

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS	i
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
I – INTRODUÇÃO	1
II – JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA	2
III – REFERENCIAL TEÓRICO	4
1. A Formação Profissional em Odontologia	5
2. O Perfil do Egresso	11
3. Ética, Bioética e Deontologia	12
4. Bioética, Saúde Pública e Odontologia	17
5. A Relação Profissional-Paciente em Odontologia	21
6. A Ética na Pesquisa em Odontologia	26
7. Odontologia e Perspectivas Futuras	29
IV – OBJETIVOS	34
V – HIPÓTESES DE TRABALHO	36
VI – MÉTODO	37
VII – RESULTADOS e DISCUSSÃO	47
VIII – CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
IX – CONCLUSÕES	108
X – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
XI – ANEXOS	117
- ANEXO 1: Questionário	
- ANEXO 2: Roteiro para Entrevista	
- ANEXO 3: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	
- ANEXO 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

- Gráfico 1** - Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 1.
- Gráfico 2** - Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 1.
- Gráfico 3** - Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 2.
- Gráfico 4** - Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 2.
- Gráfico 5** - Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 3.
- Gráfico 6** - Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 3.
- Gráfico 7** - Médias das respostas às Perguntas n.º 1, 2 e 3, pelos participantes dos Grupos 1-A, 1-B, 2-A e 2-B.
- Gráfico 8** - Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 4.
- Gráfico 9** - Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 4.
- Gráfico 10** - Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 5.
- Gráfico 11** - Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 5.
- Gráfico 12** - Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 6.
- Gráfico 13** - Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 6.
- Gráfico 14** - Médias das respostas às Perguntas n.º 4, 5 e 6 pelos participantes dos Grupos 1-A, 1-B, 2-A e 2-B.
- Gráfico 15** - Respostas dos estudantes à Assertiva/Pergunta n.º 7.
- Gráfico 16** - Respostas dos profissionais à Assertiva/Pergunta n.º 7.
- Gráfico 17** - Respostas dos estudantes à Assertiva/Pergunta n.º 8.
- Gráfico 18** - Respostas dos profissionais à Assertiva/Pergunta n.º 8.
- Gráfico 19** - Respostas dos estudantes à Assertiva/Pergunta n.º 9.
- Gráfico 20** - Respostas dos profissionais à Assertiva/Pergunta n.º 9.
- Gráfico 21** - Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 10.
- Gráfico 22** - Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 10.
- Gráfico 23** - Respostas dos estudantes à Assertiva/Pergunta n.º 12.
- Gráfico 24** - Respostas dos profissionais à Assertiva/Pergunta n.º 12.
- Gráfico 25** - Respostas dos estudantes à Assertiva/Pergunta n.º 13.
- Gráfico 26** - Respostas dos profissionais à Assertiva/Pergunta n.º 13.
- Gráfico 27** - Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 11.

Gráfico 28 - Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 11.

Gráfico 29 - Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 14.

Gráfico 30 - Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 14.

Tabela 1 - Média (Md) e Desvio-Padrão (DP) das respostas às Perguntas n.º 1, 2 e 3 e diferença de médias entre os domínios Teórico e Afetivo ($Md T - Md A$).

Tabela 2 - Média (Md) e Desvio-Padrão (DP) das respostas às Perguntas n.º 4, 5 e 6 e diferença de médias entre os domínios Teórico e Afetivo ($Md T - Md A$).

RESUMO

Apresentação. O presente trabalho representa uma análise sobre a contribuição da Bioética para a prática profissional odontológica, tendo em vista o perfil do egresso e a realidade em saúde bucal no país. **Objetivo.** O estudo teve como objetivo analisar se o ensino da Bioética, como disciplina de reflexão, diferente de outros ensinamentos voltados para o desenvolvimento de capacidades preferencialmente cognitivas e psicomotoras, representa um diferencial atitudinal na formação em Odontologia, contribuindo para uma noção consciente e crítica da realidade. **Método.** Foram aplicados cento e vinte questionários e realizadas doze entrevistas semi-estruturadas, com a participação de estudantes do Curso de Graduação em Odontologia e de cirurgiões-dentistas em exercício profissional clínico, em quatro diferentes grupos, compostos por estudantes e por profissionais que não tiveram e que tiveram formação em Bioética, com vistas a obter dados para uma análise de sua concepção sobre temas e questões de interesse bioético, relacionados com a Odontologia brasileira. **Resultados.** Todos os participantes, dos quatro grupos do estudo, prestaram informações que possibilitaram identificar, em sua formação, priorização dos aprendizados cognitivo e psicomotor, em detrimento do atitudinal. Os alunos e os profissionais dos quatro grupos pronunciaram-se de forma bastante consciente sobre a realidade em saúde bucal coletiva, tendo os estudantes e cirurgiões-dentistas com formação em Bioética, entretanto, demonstrado maior elaboração e argumentação em suas respostas e uma visão mais abrangente e crítica sobre os temas discutidos no estudo.

Palavras-chave: Bioética, Odontologia, Formação Profissional.

ABSTRACT

Presentation. The present work consists in an analysis about the contribution of Bioethics to the professional dental practice, considering the profile of the graduate and the Brazilian reality in oral health. **Objective.** The study aimed at analyzing if the teaching of Bioethics, as a subject for reflection, different from other teachings focused on the development of capacities mainly related to theoretical knowledge and practical skills, represents a differential in dental education, contributing to a conscious and critical notion of reality. **Method.** One hundred and twenty questionnaires and twelve interviews were applied, with the participation of students and dentists in four different groups, composed of students and professionals that had and others that did not have Bioethics subject, in order to obtain information on their concept about topics and issues of bioethical interest, related to Brazilian Dentistry. **Results.** All participants, of the four groups of the study, provided information that allowed to identify, in their formation, prioritizing of theoretical and practical knowledge, to the detriment of ethical aspects. Students and professionals of the four groups demonstrated consciousness about public oral health reality, but the students and dentists with education in Bioethics, however, showed better elaboration and arguments in their answers and also a wider and critical view concerning the topics discussed in the study.

Key words: Bioethics, Dentistry, Dental Education.

I – INTRODUÇÃO

O tema “A BIOÉTICA NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA – Análise de sua importância para uma prática consciente e crítica” é objeto deste estudo para a elaboração de Tese a ser apresentada e defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O presente trabalho teve como objetivo analisar se o ensino da Bioética, como disciplina de reflexão, diferente de outros ensinamentos voltados para o desenvolvimento de capacidades preferencialmente cognitivas e psicomotoras, representa um diferencial atitudinal na formação em Odontologia, contribuindo ou não para uma prática consciente e crítica.

Foram colhidos depoimentos de estudantes do Curso de Graduação em Odontologia e de cirurgiões-dentistas em exercício profissional clínico, em quatro diferentes grupos, dois deles referentes àqueles que não tiveram formação em Bioética (um composto por estudantes e outro por profissionais) e os outros dois são referentes a sujeitos que tiveram essa formação (igualmente compostos por estudantes e por profissionais), com vistas a obter dados para uma análise de sua concepção sobre temas importantes para a prática profissional, em atenção à realidade brasileira, bem como pesquisar seu conhecimento e seu posicionamento com relação a questões de interesse bioético.

II – JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA

Atualmente, a Bioética reúne um grande número de pessoas com formações profissionais diferentes, sendo várias as iniciativas ligadas ao referido campo de estudo em âmbito nacional, continental e mundial, como: grupos associativos; publicações especializadas (livros, periódicos, jornais); comissões e/ou comitês em instituições de ensino superior, órgãos públicos, hospitais e clínicas; cursos; estudos e pesquisas diversas sobre temas da pauta bioética.

A Bioética, como disciplina acadêmica autônoma, surgiu no início da década de 70, nos Estados Unidos da América do Norte, difundindo-se a seguir para a Europa e para o mundo. Apareceu no Brasil ainda nos anos 80, mas tendo consolidação efetiva no país em meados dos anos 90, com a formação de grupos associativos diversos (centros, núcleos, sociedades, comitês de ética ou Bioética, grupos de estudo), com a publicação dos primeiros periódicos especializados e com a implementação do sistema de análise ética de pesquisas desenvolvidas no país (Sistema CEPs/CONEP), que levou à necessidade de observação das diretrizes éticas nacionais para pesquisas envolvendo seres humanos, estas com forte fundamentação em Bioética.

É crescente a compreensão da relevância de seu conteúdo para a formação e o exercício profissional nas mais diversas áreas do saber.

Este estudo consiste em análise sobre o fato de poder ou não o conhecimento dos fundamentos e princípios bioéticos exercer influência ou suscitar mudanças na atividade profissional de cirurgiões-dentistas, ou seja, na sua forma de agir e no seu compromisso para com o bem-estar do cidadão-paciente a quem assiste e da sociedade como um todo.

Também representa uma análise sobre em que medida a formação em Bioética pode implicar em uma melhor prática profissional odontológica, mais consciente e crítica, tendo em vista o constante e acelerado desenvolvimento científico e tecnológico, as mudanças de diversas ordens na assistência em saúde e a realidade que se apresenta no país. A precariedade da atenção em saúde bucal

no Brasil, diante de uma demanda reprimida, e o interesse atual do governo em priorizar a área do campo da saúde reforçam a relevância da investigação.

Ainda, importa o fato de que os cirurgiões-dentistas, profissionais da área da saúde, são demandados quanto a aspectos morais conflitantes da vida social na atualidade; e suas concepções, posicionamentos, atitudes e tomadas de decisões exercem influência sobre a qualidade de vida das pessoas, podem ou não interferir positivamente na realidade posta.

A Odontologia, pela natureza de sua concepção fortemente tecnicista, centrou, historicamente, e de modo prioritário, a formação de seus recursos humanos nos campos dos conhecimentos (domínio cognitivo) e das habilidades (domínio psicomotor), deixando o domínio afetivo (atitudinal) em segundo plano, sem a este ser dada a devida importância e abordagem.

O presente trabalho, portanto, consiste em um estudo sobre a contribuição da Bioética para a formação consciente e crítica em Odontologia, adjetivos que englobam a capacidade de tais profissionais em lidar e enfrentar situações que possam suscitar dilemas morais.

III – REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente, é significativo o número de publicações periódicas e de livros sobre o tema da Bioética em seus mais variados enfoques, além da grande quantidade de eventos acadêmicos espalhados pelo mundo e dirigidos às mais variadas especialidades interessadas no assunto.

O que se percebe é que a Bioética, como conteúdo/disciplina, está despontando nas estruturas convencionais da educação brasileira, cada dia mais garantindo seu espaço junto às universidades, em diversos cursos.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, documento da *United Nations for Educational, Scientific and Cultural Organizations – UNESCO –*, recentemente aprovado, recomenda sua ampliação a todos os níveis educacionais, o que corrobora a relevância da disciplina ^{1,2}.

A Bioética, ética prática, aplicada à qualidade de vida, tem como pauta conflitos morais que interessam à sociedade e a cada ser humano em particular. Os fundamentos e princípios bioéticos representam importante referencial para o debate de questões conflitantes da atualidade, contribuindo para a mediação, o diálogo, a tolerância ^{3,4}.

O campo de estudo oferece ferramentas para discussão e aprofundamento sobre aspectos éticos que permeiam diversos problemas ou dilemas, e é tido como aplicável a todas as profissões, especialmente para as da área da saúde ⁵.

A análise ética assume papel fundamental no campo da saúde, sendo esta um valor-mor para a Bioética, por sua direta ligação com a qualidade de vida das pessoas. Daí, ser atribuída importância ao conhecimento e à utilização dos fundamentos teóricos e práticos da Bioética para uma atividade profissional consciente e crítica ^{6,7}.

Esta pesquisa teve como objetivo discutir a Bioética no contexto específico da Odontologia, tendo sido identificada a necessidade de abordagem de temas relacionados com: a importância da formação ética profissional; a priorização dos aprendizados cognitivo e psicomotor, em detrimento do atitudinal; o perfil do egresso; as aplicações da reflexão ética nas práticas odontológicas; a realidade

brasileira em saúde bucal coletiva; o exercício profissional nas esferas privada e pública da assistência em saúde; as relações interpessoais (equipe odontológica, cirurgião-dentista e paciente, cirurgião-dentista e familiares, profissional e comunidade); o respeito à dignidade do sujeito assistido - o paciente; a ética em pesquisa; os constantes e acelerados avanços científicos e tecnológicos; as perspectivas futuras para a ciência odontológica; e a construção de uma nova ética em saúde bucal.

1. A Formação Profissional em Odontologia

As mudanças evidenciadas e as novas demandas que emergiram na prática da assistência em saúde levaram à necessidade de se rever a formação acadêmica para as diferentes carreiras profissionais, tanto no que diz respeito a conteúdos como quanto a metodologias de ensino, para o devido desenvolvimento de competências e habilidades.

A incorporação da temática da Bioética foi uma das novidades nesse processo, e isso ocorreu não só nos cursos de ciências da saúde, mas também em diversas outras áreas.

Os cursos da área das Ciências da Saúde sofrem a crítica de terem enfoque eminentemente técnico-científico, sendo atualmente bastante questionados sobre a insuficiência da orientação ética prestada aos estudantes, futuros profissionais^{8,9}.

O processo de ensino e aprendizagem na formação de cirurgiões-dentistas, como para qualquer outra profissão, deve ser pautado igualmente nos diferentes domínios, a saber: o cognitivo, o afetivo e o psicomotor. O domínio cognitivo está vinculado à memória e ao desenvolvimento de capacidades e habilidades intelectuais, indica as mudanças mentais do educando no plano de conhecimento. O domínio psicomotor está relacionado à área de habilidades manipulativas ou motoras, como a manipulação de materiais ou objetos, ou algum ato que requer coordenação neuro-muscular. Já o domínio afetivo, também chamado de domínio atitudinal, descreve mudanças de sentimentos, interesses, atitudes, valores; além do desenvolvimento de tomada de consciência, apreciação e organização de um sistema de valores¹⁰.

Uma estrutura curricular deve, então, possibilitar que o estudante adquira competências nas dimensões do saber cognitivo – domínio teórico-conceitual das bases de cada área –, do saber fazer – habilidades básicas para o exercício profissional prático –, do saber ser – desenvolvimento de reflexão e atitudes fundamentais e necessárias para o bom e ético relacionamento humano no desempenho das atividades profissionais –, e do saber conviver – olhar crítico sobre os desdobramentos dos avanços tecnológicos e das mudanças que ocorrem no mundo contemporâneo, não só no que diz respeito ao seu campo de trabalho ¹¹.

A formação em Odontologia tem, historicamente, dado enfoque ao paradigma racionalista, curativo, com pouca atenção aos aspectos sociais, culturais e econômicos da população. A abordagem individual e curativa deve, pois, dar lugar a uma perspectiva de educação, amplas ações preventivas e promotoras de saúde, em uma dimensão social, com compromisso humanístico e ético, em um paradigma multiprofissional, multi e interdisciplinar, e em atenção à realidade brasileira.

O modelo inicial de ensino odontológico, pautado na prática da Odontologia denominada Científica ou Flexneriana, era orientado para a cura ou o alívio das doenças, entendendo o paciente a partir de uma concepção mecanicista, com tendência à especialização e resistente a formas alternativas de práticas terapêuticas ¹².

O ensino tradicional em Odontologia não responde às demandas por ser reducionista, uma vez que a condição do paciente é vista de forma fragmentada, com enfoque “biologicista” e “tecnicista”, em detrimento da compreensão de sua condição de ser humano, desconsiderando-se sua individualidade, sua subjetividade, ou seja, os aspectos antropológicos, sociais, culturais e econômicos que lhe dizem respeito. Tem foco na ação curativa, centrada na doença, sem pertinente conhecimento e consideração da realidade pelos estudantes e egressos ¹³.

Este ensino, caracterizado por um modelo técnico, que se expressa em uma prática curativista e centrada no momento do atendimento clínico e não no atendimento do paciente de forma integral e equânime, não consegue dar respostas às demandas da população, principalmente após a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS ¹⁴.

A reorganização acadêmico-institucional no sentido de se implementar mudanças no padrão de ensino brasileiro deve levar em conta os aspectos

filosóficos, científicos, tecnológicos, sociológicos e políticos da atualidade, em virtude das propostas da Lei de n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB. Diretrizes essas que representam orientações para a elaboração dos currículos a serem necessariamente adotadas por todas as Instituições de Ensino Superior – IES ^{15,16}.

Em atenção a esta proposição legal, o Conselho Nacional de Educação – CNE – aprovou, em 19 de fevereiro de 2002, a Resolução CNE/CES de n.º 3, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia ¹⁷.

A partir da publicação destas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Odontologia e da incorporação do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família – PSF –, surgiu premente necessidade de mudanças no modelo de ensino empregado tradicionalmente para a formação em Odontologia.

O estudante de Odontologia precisa ser formado para ter visão social crítica, para não desconsiderar os problemas sanitários, em suas causas e conseqüências, para não incorrerem no equívoco de pensar que tais dificuldades não lhe dizem respeito, devendo-se trabalhar sua identificação com as necessidades das camadas sociais menos favorecidas. Mello¹⁸ (2004) salienta que o distanciamento do estudante ocorre mesmo sabendo-se que os pacientes por ele atendidos nas clínicas odontológicas de estágio-ensino são geralmente pessoas carentes, de comunidades pobres.

A inadequação do perfil do egresso de cursos de Odontologia às reais necessidades sociais e a conseqüente prática sem que seja o assistido devidamente considerado em sua dignidade são motivos para tornar o contexto da formação profissional nessa área de grande interesse para a Bioética, porque a questão da realidade em saúde pública no Brasil integra a pauta da Bioética das Situações Persistentes e a relação profissional-paciente é um dos pontos marcantes na micro-contextualização deste campo ^{8,9}.

Um documento de grande importância para a Bioética é a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos humanos, aprovada por aclamação pela unanimidade dos 191 países componentes da Organização das Nações Unidas – ONU – na 33.ª Sessão da Conferência Geral da UNESCO, realizada em Paris, no dia 19 de outubro de 2005. Ele é aqui novamente reportado por sua abrangência e por ter como um de seus objetivos a promoção do diálogo multidisciplinar e

pluralístico sobre questões bioéticas entre todos os interessados e na sociedade como um todo, também por prever a promoção dos princípios nela contemplados com a atribuição expressa ao Estado do dever de “promover a formação e educação em bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação de informação e conhecimento sobre bioética” – Artigo 23 – Informação, Formação e Educação em Bioética ^{1,2}.

O Conselho Federal de Odontologia – CFO –, atento à importância e necessidade da abordagem e formação ética na prática odontológica, ao estabelecer normas sobre Cursos de Especialização, aprovadas pela Resolução CFO de n.º 22, de 27 de dezembro de 2001, aumentou a carga horária da Disciplina de Ética e Legislação Odontológica de 15 (quinze) para 30 (trinta) horas-aula e incluiu, dentre as obrigatórias em qualquer curso, a Disciplina de Bioética, com carga horária de 15 (quinze) horas-aula ¹⁹.

A Bioética aparece nas estruturas de diversos cursos de Graduação e de Pós-Graduação, não se limitando à área específica da saúde.

A Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO – reúne um grupo significativo de docentes da área da Odontologia que se preocupam com o importante aspecto da formação profissional, realizando a associação encontros e reuniões para o debate e aprimoramento do ensino odontológico no país.

A ABENO, a partir das atividades realizadas na sua 40.^a Reunião Anual, também 31.^o Encontro Nacional dos Dirigentes de Faculdades de Odontologia, em 2005, que teve tema central de título “Universidade promotora de conhecimentos, saúde e prestadora de serviços”, elaborou um relatório que traz em seu bojo discussão bastante pertinente à abordagem deste item do trabalho. E que, por esse motivo, passa a ser transcrito em suas partes significativas ²⁰:

“... Em Odontologia, nota-se um forte desejo do recém-egresso em se especializar, sendo observado que nosso país possui o maior número de especialidades do mundo. Essa tendência reflete o modelo flexneriano ainda adotado, que se fundamenta no biologicismo, na fragmentação, no individualismo, na exclusão de práticas alternativas, na atuação curativa e no tecnicismo. Esse fato deveria, portanto, gerar um amplo debate na academia sobre os seguintes aspectos:

1. Visão integrada da saúde.
2. Aspectos preventivos e promocionais na especialidade.
3. Conteúdos mais significativos de bioética, metodologias da pesquisa e do ensino.
4. Melhor elaboração da monografia.
5. Atendimento a especialidades (CTBMF – residência).

6. Preparo para a educação a distância, 'on-line' e as atividades inovadoras no ambiente de ensino-aprendizagem.
7. Nova proposta de avaliação dos cursos de especialização.”

Vê-se que a Bioética aparece referenciada no documento, com expressa indicação de debate na academia sobre a contemplação de seus conteúdos, de forma mais significativa.

Ao final, referindo-se às mudanças necessárias no ensino odontológico, traz o relatório ²⁰:

“Para que essa transformação ocorra, deve-se ainda refletir sobre a relação docente-aluno, sendo que Paulo Freire, em seu livro ‘A Pedagogia da Autonomia’, destaca que para ser um bom professor deve-se:

1. Querer bem aos educandos.
2. Dar liberdade e ter autoridade.
3. Respeitar a autonomia do educando.
4. Ter humildade e tolerância.
5. Ter alegria e esperança.
6. Saber escutar.
7. Apresentar disponibilidade para o diálogo.

Desse modo, o educador deve ensinar eficazmente, o educando deve aprender significativamente, a comunidade deve dispor de produtos do conhecimento e a universidade deve mediar a educação.”

Complementando a citação do texto acima, Paulo Freire ²¹ (2006), ainda em meados da década de 70, levantou a necessidade de avaliação e revisão dos modelos pedagógicos empregados no Brasil, com foco na humanização como forma de despertar nos estudantes sua própria concepção e consciência sobre as questões que lhes são apresentadas. Para o educador, o diálogo, a sistematização e a problematização se traduzem em uma prática pedagógica pautada no respeito à autonomia, fazendo dos alunos sujeitos de seu pensar, a partir de sua própria visão do mundo. Refere-se a uma prática de ensino como dimensão social da formação humana e não como simples transmitir de informações ²¹.

Por último, cabe trazer a preocupação do Estado no campo da formação de recursos humanos, haja vista a iniciativa recente do atual Governo Federal, através dos Ministérios da Saúde e da Educação, com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE –, apresentado no final de 2005, para a aproximação entre ensino e serviço ²².

Quanto a este programa, é importante discorrer sobre os critérios de excelência, em suas duas vertentes: qualidade e relevância. O critério de qualidade remete a: excelência técnica, especialização, instalações sofisticadas, níveis e tipos

de atenção, onipotência do profissional de saúde. O segundo, por sua vez, compreende: proporcionar acesso equitativo, respostas à necessidade da população, abordagem integral, orientação ética e humana, proporcionar qualidade de vida. O PRÓ-SAÚDE defende o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social.

O PRÓ-SAÚDE tem como uma de suas principais metas aproximar a formação profissional e científica das reais necessidades da população brasileira, em especial com relação à atenção em saúde oferecida pelo SUS, e o objetivo de incentivar mudanças no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população para uma abordagem integral do processo saúde-doença. Ainda, propõe maior cooperação entre os gestores do SUS e as Instituições de Ensino Superior – IES – com vistas à ampliação da prática educacional na rede pública de saúde ²².

Para alcançar seus objetivos, o PRÓ-SAÚDE enfoca três eixos: 1) conteúdo teórico; 2) cenário de práticas, com diversificação, incluindo vários ambientes e níveis de atenção; e 3) orientação pedagógica, com utilização de processos de aprendizado ativo, para aprender fazendo, com sentido crítico na análise da prática clínica, ênfase no aprendizado baseado na solução de problemas, com eixo constituído nas próprias atividades do serviço ²². Assim, entende-se que o PRÓ-SAÚDE veio para suscitar a devida atenção à crítica de que os estudantes não se formam na academia para atender às demandas sociais, não conhecem o modelo internacional de saúde socializada adotado pelo país – o SUS –, e as universidades não observam efetivamente seu papel social.

Estudos salientam que a formação de recursos humanos em saúde capazes e estimulados à intervenção na realidade sócio-epidemiológica do Brasil é o grande desafio a ser vencido para a efetiva consolidação do SUS ^{23,24}. Sobre este assunto, assim se manifestam Krigger, Moysés e Moysés ¹³ (2005).

“Se formar profissionais para trabalhar no SUS surge como o grande desafio (e impasse) para as instituições de ensino, tanto públicas como privadas, deveríamos ter a disposição de avançar neste debate, pois, caso contrário, seremos todos engolidos em nossas instituições pelo tempo histórico e pela força das transformações sociais, que não esperam para ver resolvida nossa perplexidade setorial.”

2. O Perfil do Egresso

O projeto pedagógico dos cursos de Odontologia deve proporcionar a formação plena do estudante, futuro profissional, mas antes mesmo um cidadão, com sua participação ativa no processo ²⁵.

O Conselho Nacional de Educação, através da Resolução de n.º 3, de 19 de fevereiro de 2002, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia ¹⁷. Sobre o perfil do egresso, cumpre transcrever o Artigo 3.º da mencionada resolução:

“Art. 3.º - O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião-dentista com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção em saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.”

Dispõe o texto que a formação do cirurgião-dentista “tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais”: I) Atenção à saúde, II) Tomada de decisões, III) Comunicação, IV) Liderança, V) Administração e gerenciamento, e VI) Educação permanente ¹⁷.

A Bioética aparece expressamente contemplada no item/inciso I do Artigo 4.º, referente à atenção à saúde, mas se relaciona com muitos dos preceitos do documento, como com aqueles relativos às competências e habilidades específicas do dentista para o exercício profissional.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia evidenciam que a “responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo”, ressaltando ainda que os profissionais “devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética” ¹⁷.

Apesar da proposta de se formar profissionais da Odontologia com perfil generalista, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, estudiosos evidenciam que da maioria das Instituições de Ensino Superior saem profissionais voltados para a prática privada, sem a devida compreensão do processo saúde-

doença, sem as características que melhor os habilitariam para a realidade social brasileira, para o mercado de trabalho ^{25,26}.

A integração ensino-pesquisa-assistência é, pois, fundamental para que o egresso seja formado com o perfil almejado pelas diretrizes educacionais propostas, em um modelo diferente do processo de ensino-aprendizagem com enfoque hegemonicamente científico, possibilitando ao estudante de Odontologia contato com questões epidemiológicas, sanitárias e sociais. E a atual política do Ministério da Saúde visa exatamente esta formação de recursos humanos atenta às necessidades da população e capazes de contribuir para a operacionalização do modelo do SUS ²⁷.

O perfil do profissional da saúde voltado para as demandas sociais consiste em um sujeito capaz de se comunicar, de trabalhar em equipe, de ter criatividade e iniciativa para agir diante da realidade que lhe é apresentada ¹⁷. Tal potencial não pode ser alcançado através do processo de ensino-aprendizagem tradicional, em que o professor repassa o conhecimento, informa, e em que o estudante passivamente se coloca como receptor ²¹.

O modelo Problem-Based Learning – PBL – se apresenta como uma alternativa viável, em que professor e aluno discutem sobre o conteúdo a ser trabalhado, construindo leituras e possibilidades diversificadas para a solução do problema.

A abordagem multi, inter e transdisciplinar passa a ser condição *sine qua non* para que se alcance o objetivo de formar profissionais com o perfil discutido. Nesse sentido, é ressaltada a possibilidade de contribuição do referencial bioético, por ter esta disciplina sua epistemologia pautada nestas características. A Bioética é ética prática, aplicada à qualidade de vida e dos cuidados com a saúde, e tem como estatuto epistemológico: a multi, inter e transdisciplinaridade; o respeito ao pluralismo moral e às diferenças; a secularidade; a prudência; a responsabilidade; o diálogo; a tolerância ²⁸.

3. Ética, Bioética e Deontologia

Inicialmente, cumpre estabelecer que há diferentes acepções para o termo ética, existem diferentes modelos de análise ética.

O Dicionário Oxford de Filosofia ²⁹ define ética como:

“ética (do gr., *ethos*: caráter) Estudo dos conceitos envolvidos no raciocínio prático: o bem, a ação correta, o dever, a obrigação, a virtude, a liberdade, a racionalidade, a escolha. É também o estudo de segunda ordem das características objetivas, subjetivas, relativas ou céticas que as afirmações feitas nesses termos possam apresentar. ...”

Importa aqui, fundamentalmente, a distinção entre a ética profissional deontológica e a bioética. É imprescindível uma adequada elaboração a respeito dos dois campos, que, apesar de próximos e algumas vezes complementares, podem se tornar conflitivos em certas instâncias.

Embora sejam diferentes, há uma ligação entre Deontologia e Bioética, uma vez que ambas se referem a valores, à moral, à ética, a temas ligados ao bem-viver humano e sua interligação com o exercício profissional, tendo a preocupação dirigida ao bem comum da sociedade ³⁰.

O mesmo dicionário acima citado ²⁹ define ética deontológica como:

“ética deontológica A ética baseada na noção de dever, na retidão ou em direitos, contrastando com os sistemas éticos baseados na idéia de atingir um certo estado de coisas (*ver* consequencialismo), ou nas qualidades de caráter necessárias para viver bem (*ver* ética da virtude). O principal sistema deontológico é o de * Kant.”

As teorias deontológicas da norma sustentam que o dever é determinado por normas, os postulados determinantes das ações morais, que são válidas independentemente das conseqüências de sua aplicação. Tem sua forma mais ilustrativa na teoria da obrigatoriedade moral de Kant, que se relaciona intimamente com a concepção do bom segundo estas teses fundamentais: a) o único bom moralmente, sem restrições, é a boa vontade; b) a boa vontade é a vontade de agir por dever; e c) a ação moralmente boa, como ação querida por uma boa vontade, é aquela que se realiza não somente de acordo com o dever, mas pelo dever ³¹.

A Deontologia está historicamente relacionada com as profissões liberais e representa um conjunto de normas baseadas em direitos e, mais especificamente, em deveres (*deontos* = dever), inerentes ao exercício profissional. Tais normas estabelecem as formas de agir permitidas e/ou proibidas, que são adotadas pelos membros de uma determinada categoria profissional ³².

A ética deontológica está ligada a uma lógica descritiva, prescritiva, formal, que propõe enunciados baseados nas relações entre as afirmações e as negações, o possível e o impossível, o contingente e o não contingente, o necessário e o desnecessário, sempre associados à noção de dever e de obrigação. “O argumento deontológico é a ordem, a disciplina, o controle, a convicção do dever”. A tendência deontológica baseia-se no caráter normativo, “pontificando o *modelo legalista*, que exige obediência” ³².

Este corpo de normas é designado código de ética ou código de deontologia. Os códigos de ética profissional compreendem os valores que a cultura de uma determinada sociedade considera necessários para que seu membro possa interagir e trabalhar. Representam a consolidação dos princípios éticos assumidos pela categoria para um exercício profissional digno, com compromisso. Referem-se ao sistema de valores, aos padrões de conduta e de julgamento moral, aplicados nas análises e decisões sobre os comportamentos e atitudes dos membros de uma determinada categoria profissional, para enquadrá-los como certos ou errados, permitidos ou proibidos ³².

Assim, na ética profissional, o referencial moral está num modelo objetivo de conduta, representado por orientações normativas (códigos, estatutos, regulamentações). Neste campo, as soluções para possíveis conflitos aparecem sob a forma de respostas e fórmulas pré-estabelecidas, polarizadas no juízo do certo ou errado ^{30,32}.

Os códigos deontológicos prescrevem regras e sanções, mas não garantem o sentido ético. Constituem-se de princípios ou postulados limitantes das ações, formulados como descrição ou prescrição sistemática, com vistas à prevenção de ações julgadas prejudiciais à sociedade, exigindo normativamente, mas não garantindo que o indivíduo tome atitudes eticamente adequadas, pois o sentido do ético é opção ou modo de viver, um estilo de vida que não pressupõe recompensa ³².

Ainda, as regras estabelecidas por uma determinada categoria profissional têm aplicação restrita aos membros inscritos no conselho fiscalizador da profissão específica, podendo o transgressor ser penalizado, por meio das sanções previstas, não havendo, entretanto, qualquer menção a direitos da vítima, do ofendido. Isto porque a questão ética deontológica está na fronteira da reflexão sobre valores e da lógica jurídica, está na interface entre a moral e o direito, e refere-se

especificamente à verificação da conduta profissional, se boa ou má, se de acordo ou não com o código de ética profissional ^{32,33}.

Não raro, tais disposições normativas recebem a crítica de representarem uma manifestação corporativista, de acobertamento de erros profissionais pelos pares, membros de uma mesma categoria. Rebatem-na os que defendem a relevância desses textos com o argumento de que esta seria uma visão distorcida equivocada e reducionista da ética profissional ³⁴.

A Ética e a Bioética estão muito além dos Códigos de Ética Deontológica ³⁵.

Se a Ética Profissional representa o padrão de conduta que se espera do indivíduo no exercício de suas atribuições profissionais, em atenção ao assistido, aos seus pares e à sociedade, a Bioética traduz o conceito de vida ética, que extrapola o campo das atitudes profissionais, embora delas também se ocupando, e inclui outros aspectos e sujeitos, com inegável dimensão social mais ampla ³³.

O referencial bioético trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, em uma leitura de maior abrangência e profundidade das relações, processos e fenômenos, em diálogo com as diferentes áreas do conhecimento, para a análise e reflexão sobre conflitos morais que se apresentam ³³.

A Bioética se estabeleceu no contexto acadêmico como uma disciplina autônoma, de sólida base filosófica, pautada, principalmente, na ética prática ou aplicada. A reflexão bioética não procura respostas definitivas e absolutas para os dilemas morais que se apresentam, pois seu papel não é necessariamente a resolução dos conflitos ³⁰.

A singularidade da Bioética está no fato de ser um campo de estudo e reflexão ético-moral que envolve diferentes movimentos e sujeitos; resulta da contribuição de vários setores do saber, sendo, portanto, multidisciplinar, característica esta que lhe confere atuação interdisciplinar e, conseqüentemente, alcance transdisciplinar ⁵.

A Bioética, como ética aplicada à qualidade de vida, caracteriza-se por uma análise processual dos conflitos a partir de uma ética minimalista, que visa a solução pacífica das diferenças; fornece subsídios para uma análise que contribua para o diálogo, o respeito às diferenças, a mediação, ou mesmo a tolerância, sempre de forma democrática, livre ^{30,36}.

Nesse sentido, o importante não é a solução do conflito, mas sim o exercício da tolerância, como forma de se chegar a uma convivência pacífica entre moralidades diferentes ³⁷. O respeito aos valores e interesses do outro aparece como aspecto essencial no mundo secularizado de hoje, que pede o respeito ao pluralismo moral.

Segundo Garrafa ³⁰ (1998b), a Bioética não tem por base a negativa e sim a positividade, sendo sua essência a liberdade, porém com compromisso e responsabilidade.

Apesar desta diferença teórico-conceitual, em decorrência dos desdobramentos dos avanços científicos e tecnológicos, bem como pelas diversas e significativas mudanças na relação que se estabelece entre o profissional e seu paciente na atualidade, os textos dos códigos profissionais têm procurado contemplar, além dos deveres e direitos, diretrizes que orientem os profissionais em situações de dificuldade ou conflito na prática cotidiana ^{33,36}. Alguns dos princípios fundamentais da Bioética, como aqueles da teoria principialista – a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça – já aparecem ou são melhor elaborados nos códigos deontológicos, principalmente naqueles aplicados às profissões da área da saúde ³⁸.

Logo no início do Código de Ética Odontológica há exemplos da interface deontologia – bioética, como o Artigo 2.º, no qual a Odontologia é descrita como “uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto”, evidenciando os princípios da beneficência e da justiça. No Capítulo V, que trata do relacionamento com o paciente, o respeito à autonomia aparece, mesmo que indiretamente, no Inciso IV, do Artigo 7.º da Seção I, ao se recomendar “esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento”. Outros exemplos podem ser analisados no referido estatuto, no sentido de se buscar uma relação entre os referenciais deontológicos e os bioéticos mencionados ³⁹.

Surgem, para as diferentes categorias em saúde, normas deontológicas que dizem respeito a direitos fundamentais, de personalidade (honra, imagem, liberdade, privacidade, valores morais do indivíduo), ou mesmo referentes às relações de consumo/prestação de serviços (informação adequada). Estas prescrições/orientações têm o objetivo de promover uma relação entre profissional e

paciente pautada nos princípios aqui discutidos, em um modelo atual, diferente daquele estabelecido na tradição hipocrática.

Atribui-se importância tanto à ética profissional como à Bioética para a adequada formação de futuros profissionais, em especial nos cursos de abordagem eminentemente técnica, como ocorre com os da área da saúde. Tanto a Deontologia como a Bioética, guardadas as especificidades de cada campo, representam significativo conteúdo, por fornecerem subsídios para uma reflexão crítica ponderada sobre os dilemas vivenciados no exercício profissional. As duas são apontadas como relevantes instrumentos para a formação de profissionais/cidadãos mais cômicos de sua responsabilidade e de seu compromisso social, e críticos quanto à possibilidade de intervenção prática na realidade ^{8,9,30}.

4. Bioética, Saúde Pública e Odontologia

A escassez de recursos para o campo da saúde é uma realidade no Brasil, o que torna o investimento *per capita* em saúde no país muito abaixo do estipulado como necessário pela Organização Mundial da Saúde – OMS. Diante deste quadro, surge a pergunta: “como fica a ética frente à escassez?” ⁷.

Conforme preceitua a Constituição Brasileira, o direito à saúde é um direito de todos e dever do Estado, uma prerrogativa da cidadania, devendo o modelo do Sistema Único de Saúde – SUS – dar conta desta obrigação estatal. Entretanto, há críticas no sentido de que se tem trabalhado pouco sobre os deveres e as obrigações dos diversos atores direta ou indiretamente envolvidos nas diferentes atividades e esferas de funcionamento do sistema de atenção em saúde pública brasileiro ⁷.

A ocorrência de indicadores sociais e sanitários antagônicos no Brasil não apenas denota o descumprimento do direito social à assistência, mas também o descaso para com o direito fundamental à vida, através de uma de suas exigências básicas, que é o direito à saúde ^{7,40}.

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu um projeto de “Pesquisa Mundial de Saúde”, que foi coordenado no Brasil pelo Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz – Cict / Fiocruz –, no ano de 2003, cujos resultados mostram dados alarmantes sobre a realidade da saúde bucal

no Brasil. Entre outras evidências, foi levantado que quase 25 milhões de brasileiros (14,4 % da população) são totalmente desdentados, sendo o percentual destes maior entre a população mais pobre (17,5 %), com significativa modificação deste panorama para os mais ricos, ficando no favorável índice de 5,9 % ⁴¹.

Estas evidências apontam para o fato de que, apesar do significativo avanço tecnológico que a Odontologia alcançou neste último século, a assistência em saúde bucal continua inacessível para a maioria da população brasileira. De forma equivocada e insistente, a Odontologia brasileira ainda concentra seu foco de atenção no indivíduo e não na coletividade, no privado e não no público ^{42,43}.

Para Garrafa ⁴² (1993), “melhores condições de saúde bucal para a população brasileira não serão alcançadas com medidas técnicas isoladas, mas no bojo dos avanços políticos que a sociedade conquistar”. Alerta o autor para a necessidade de se buscar uma nova ética da responsabilidade em saúde bucal, para que a Odontologia não seja mero objeto de consumo e sim instrumento de construção da cidadania e de libertação; e que a atuação profissional seja responsável no apoio a essa conquista.

De acordo com a contradição brasileira entre milhões de desdentados e a existência de uma ciência odontológica avançada no sentido técnico, pode-se dizer que Odontologia e saúde bucal nem sempre têm caminhado na mesma direção, não representando, assim, sinônimos.

Ainda, relata-se um elevado número de cirurgiões-dentistas e faculdades de Odontologia no Brasil, em confronto com os alarmantes dados epidemiológicos relacionados às condições de saúde bucal da população ⁴². Essa relação foi confirmada através dos resultados obtidos com o levantamento epidemiológico realizado em 2003 – o SB Brasil, que demonstrou que, apesar de haver um grande número de cirurgiões-dentistas no país, a estratégia de saúde bucal oferecida à população brasileira não permitiu o cumprimento das metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS – para o controle da doença cárie dentária ⁴⁴.

Dentre as razões apontadas como desencadeadoras e/ou mantenedoras deste quadro, tem-se: a formação inadequada dos profissionais nas Instituições de Ensino Superior, tanto em nível de graduação quanto das inúmeras pós-graduações em todos os graus (especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado); a formação e a prática profissional voltada para a ação curativo-reparadora em detrimento da educação em saúde e da prevenção; a insuficiência e ineficiência dos

programas e serviços públicos proporcionados pelo Estado, não sendo a saúde bucal prioridade nem em nível gerencial nem assistencial; os problemas bucais são entendidos como menos relevantes pelos governantes e pela própria população; o desconhecimento pela sociedade da inter-relação saúde bucal – saúde geral e de sua importância para a qualidade de vida; a não participação de segmentos organizados da sociedade na luta pelo seu direito à saúde bucal ⁴².

Com relação à formação dos profissionais, tem-se que o ensino e a pesquisa universitários devem ter como um de seus objetivos principais a identificação e/ou proposição de ações que efetivamente causem impacto social, no sentido de melhorar as condições de vida da população. A formação do futuro cirurgião-dentista deve, portanto, observar o SUS, modelo de sistema de atenção em saúde vigente no Brasil, em sua estrutura organizacional e princípios fundamentais. O desafio das IESs está em sair do modelo centrado no diagnóstico, tratamento e recuperação, para um enfoque no diagnóstico integral do processo saúde-doença, na prevenção e na promoção de saúde e na prestação do devido cuidado humano ^{13,27}.

A formação de qualquer agente ou profissional da saúde deve ser tal que proporcione o desenvolvimento de competências e habilidades técnicas, éticas e humanísticas, a serem expressas na capacidade de agir com reflexão crítica e de observar e respeitar os valores, individuais e coletivos, os aspectos culturais de uma determinada comunidade, bem como identificar suas reais necessidades e demandas ⁴⁵.

A promoção da saúde é aspecto da maior importância para as políticas de saúde e sua interpretação ampliada leva ao reconhecimento de um leque de atores que, em atuação conjunta, multi e interdisciplinar, podem trabalhar pela saúde pública no país ⁴⁶.

O Programa de Saúde da Família é uma iniciativa no campo da saúde coletiva no país que representa, além de real mercado de trabalho para os diferentes profissionais – aí inserido o cirurgião-dentista –, forma de intervenção na realidade precária e de demanda reprimida em saúde bucal ⁴⁷.

Outra observação importante no campo da saúde pública no país são as evidências de pouca ou nenhuma formação das pessoas que acabam assumindo a gestão de recursos e gerenciamento de serviços de saúde bucal pública. É sabido que qualquer profissional da saúde, dentre estes o cirurgião-dentista, pode atuar em variados setores e de diversas formas, o que tem grande importância no contexto

político nacional, tendo em vista as necessidades da população nesta área. Tal função/atividade demanda conhecimentos específicos (epidemiológicos, administrativos, legais, econômicos, sociais e até culturais) que normalmente não são trabalhados na formação universitária nos currículos tradicionais, não tendo a maioria dos egressos desses cursos conhecimento para desempenhar satisfatoriamente essa atribuição.

Diante do quadro apresentado, a Odontologia brasileira passa ser caracterizada, segundo analisam Garrafa e Moysés ⁴³ (1996), como tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica. Tecnicamente elogiável, pelo alto nível de qualidade e sofisticação alcançados pelas diversas especialidades odontológicas. Cientificamente discutível, por não se dedicarem os pesquisadores brasileiros à busca de soluções próprias, eficientes, concretas e resolutivas sob o ponto de vista epidemiológico, além de mais acessíveis economicamente. Socialmente caótica, por não haver impacto coletivo satisfatório das iniciativas implementadas e dos serviços prestados na esfera pública da assistência em saúde bucal.

A atuação em Odontologia, por ser elitizada, representava uma prática eminentemente mutiladora no setor público até bem pouco tempo. As conquistas constitucionais de 1988 e a construção do SUS proporcionaram crescentes melhorias na atenção em saúde bucal da população brasileira. Segundo estudiosos, longe do ideal, mas mudanças para melhor são registradas por estes na saúde coletiva. Dados atuais do Ministério da Saúde confirmam que, nestes anos todos, apesar de alguns progressos alcançados, as desigualdades persistem ⁴⁸.

Aqui, deve ser lembrado o Programa Brasil Sorridente, que faz parte da Política Nacional de Saúde Bucal do atual governo e tem buscado ampliar e qualificar o acesso da população às ações de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde bucal, através de medidas diversas, como o custeio das equipes de saúde bucal e implantação e custeio de Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs ⁴⁷.

Do ponto de vista da Bioética, com base na ética da responsabilidade pública, deve o Estado prover e gerir adequadamente os recursos indispensáveis (alocação, distribuição e controle) para a elaboração de políticas públicas eficazes e transformadoras. Sob a ótica da responsabilidade ética individual, também os

profissionais da Odontologia devem assumir o compromisso moral de reverter esse quadro, mitigando o sofrimento e contribuindo para a dignidade social ^{6, 49,50,51}.

Considerando o direito à saúde como valor-mor do paradigma bioético e o quadro da saúde bucal coletiva no país, defende-se ter a Bioética aplicação fundamental ao campo da atenção em saúde bucal, tanto na esfera do ensino como na da prática profissional diária, sendo importante o conhecimento e utilização de seus referenciais para a construção de uma prática odontológica consciente e crítica, integral e eqüânime ^{8,9}.

5. A Relação Profissional-Paciente em Odontologia

Como em qualquer outra prática de assistência em saúde, o exercício da Odontologia envolve um bem de inestimável importância – a vida – e, por este motivo, deve ser pautado em competências e habilidades técnicas, éticas e humanísticas.

A essência do humano é a diferença, a diversidade, a pluralidade. Cada ser humano é único e reage de forma peculiar e diversa frente a uma mesma situação. Transpondo esta percepção para a prática odontológica, não pode o cirurgião-dentista guiar sua conduta a partir de fórmulas específicas, pré-estabelecidas, generalizadas e imutáveis, tratando todos os seus pacientes como se fossem organismos idênticos ⁵².

Para uma boa relação entre o cirurgião-dentista e seu paciente, é necessário que o profissional reconheça-o como pessoa única, com expectativas, medos, traumas e esperanças, e não somente se atenha ao problema biológico, loco-regional, de saúde bucal, uma vez que esta representa uma abstração didática ⁵².

É preciso estar atento aos aspectos sociais, culturais e humanos que permeiam essa relação, para se chegar a uma atenção integral à saúde do assistido e para evitar que sejam suscitados dilemas ou conflitos de qualquer ordem.

Uma questão a ser observada diz respeito às mudanças dos dias atuais que têm reflexos nas práticas profissionais diversas. Isto se dá de forma evidente nas relações interpessoais da área da saúde.

Dentre as tantas transformações do mundo plural da atualidade, algumas interessam de maneira especial ao campo da saúde. Os pacientes estão mais

conscientes de seus direitos (jurisdicização de direitos individuais, difusos e coletivos) e se apresentam mais informados a respeito de situações/problemas que lhes dizem respeito (globalização, internet). Ainda, as práticas profissionais em saúde assumiram caráter comercial mais evidente (intermediadores, planos e operadoras de saúde), diferentemente do que ocorria no passado, quando a escolha do profissional se dava com base em critérios de confiança e/ou amizade (*intuitu personae*). Diante disso, a antiga moralidade de cunho hipocrático, baseada no princípio da beneficência, mostra-se incapaz, insuficiente, para a devida orientação dos profissionais de saúde diante dos desafios dos tempos de hoje.

As relações interpessoais, quaisquer que sejam (entre vizinhos, cônjuges, pais e filhos, irmãos, professores e alunos, profissionais e pacientes, etc.), implicam em atenção e cuidados, pela possibilidade de conflitos de interesses.

A ética, como norteadora do agir benevolente e justo, da busca pela excelência, deve ser aplicada no exercício profissional, para uma prática respeitosa, consciente, responsável. Entende-se que a compreensão da possibilidade de sua aplicação na atividade cotidiana pode representar o diferencial entre profissionais das mais diversas carreiras, principalmente na área da assistência em saúde ^{53,54}.

Eticidade é a aptidão de exercer a função ética, é a condição de vir a ser ético. Representa aprendizado e exercício constantes ⁵⁵.

Cohen e Segre ⁵⁵ (2002) consideram que a ética se fundamenta em três pré-requisitos: 1) na percepção / consciência da situação, que pode ou não resultar em conflito; 2) na condição de posicionar-se, de forma equilibrada / ponderada, entre a emoção e a razão, sendo esta escolha ativa e autônoma; e 3) na coerência no agir, remetendo ao bom-senso, à prudência.

A reflexão ética oferece a orientação para uma conduta de respeito à dignidade do outro, na tentativa de diminuir a distância, de minorar a situação de vulnerabilidade do assistido e de promover sua participação no processo ⁵².

A partir de uma análise filosófica, a relação profissional de saúde – paciente é entendida como uma relação de subordinação, vertical. Há subordinação porque ela se configura pela entrega de um (paciente), em sua fragilidade (sofrimento, dor, ansiedade, medo), aos cuidados do outro (profissional). É vertical porque a formação técnico-científica confere ao profissional um saber diferenciado. É evidente a relação de assimetria que se apresenta, mas a prática profissional não pode ser exercida

apenas sob o prisma do domínio unilateral da técnica. A atenção ética se faz imprescindível⁵⁶.

O profissional da saúde deve ter consciência de sua responsabilidade em procurar trabalhar esta relação para que haja reciprocidade, oferecendo àquele a quem assiste a possibilidade de interagir, de participar do processo de tomada de decisões com relação ao tratamento a ser empreendido, como forma de respeito e identificação do outro como um sujeito de direitos, um sujeito-cidadão, que não pode ter desconsiderados os seus valores, seus princípios, suas crenças, enfim, sua individualidade moral⁵⁶.

Não se pode mais decidir pelo outro, ainda que com boas intenções. A antiga prática de atenção em saúde, paternalista por excelência, pode agora ser entendida com uma violação à individualidade da pessoa, como um desrespeito a sua dignidade. O limite da beneficência profissional é exatamente a necessidade de respeito à autonomia do paciente. Uma linha tênue, difícil de ser percebida, que requer que o profissional esteja alerta para haver o equilíbrio no seu exercício⁵⁶.

Poder e dever são prerrogativas distintas. O poder técnico não implica necessariamente em poder moral. O cuidado ético deve vir sempre paralelo ao cuidado terapêutico, como condição essencial para o respeito ao outro, dada a singularidade de cada pessoa humana. O paciente é sempre um sujeito único, devendo-se estar atento aos contextos histórico, social e moral em que está inserido. Essa forma de perceber a relação entre profissional e paciente não evita completamente um desentendimento, mas contribui para um melhor desenrolar do processo de tomada de decisão, no sentido de tornar possível uma mediação dos interesses⁵⁶.

É importante evitar que a relação assuma característica unilateral, de dominação. Sem abrir mão da condução dos procedimentos, tendo em vista a responsabilidade inerente ao exercício, deve o profissional prestar informação de forma clara e completa ao paciente, e permitir, na medida do possível, ou seja, naquilo que for cabível, que o mesmo com ele interaja⁵⁷.

Essa interação é perfeitamente aplicável na Odontologia, por haver a possibilidade de escolha pelo paciente dentre produtos, materiais e técnicas de tratamento variados, que podem ser indicados para a solução de um mesmo problema. O direito à informação e escolha dentre as alternativas de tratamento não representa simplesmente uma recomendação ética, mas algo contemplado na

legislação de defesa do consumidor, uma das mudanças já amplamente conhecida pelos assistidos ⁵⁷.

O respeito à autonomia do paciente, condição essencial para uma vida moral autêntica, dá-se através da sua manifestação com relação a tudo aquilo que é de seu interesse ⁵⁸.

A autorização do paciente precisa ser livre e esclarecida, ou seja, manifestada sem pressão ou coerção e dada a partir de adequada informação prestada pelo profissional. A obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido, ou consentimento informado, seja ele para uma participação em pesquisa ou para a execução de um tratamento clínico, torna-se prática cada vez mais comum, representando um processo de construção de relação e também um documento integrante do prontuário dos pacientes ⁵⁹.

Desta forma, o consentimento pelo paciente deve ser tido antes de tudo como uma construção de relação pautada no respeito à autonomia do assistido, por meio de sua participação no processo de tomada de decisões, e não prioritária e exclusivamente como um documento legal a ser usado como prova em uma eventual demanda jurídica, pois cabe enfatizar que, se não expressar a manifestação autônoma do paciente, pode ter pouca ou nenhuma validade ético-legal ⁵⁹.

As informações devem ser prestadas de tal forma que: possam ser compreendidas pelo paciente, com linguagem/terminologia clara e adequada; sejam completas, ou seja, contemplando vantagens e desvantagens, riscos e benefícios; abordem etapas, procedimentos; as alternativas possíveis para cada caso; e até custos. Deve-se sempre estar alerta para a capacidade de discernimento do paciente, seu nível de formação educacional e conhecimentos ⁵⁹.

É importante ressaltar que o consentimento do assistido pode ser mudado ou revogado a qualquer momento de um tratamento ou pesquisa, por sua livre iniciativa, sem que lhe ocorram prejuízos ou sanções, passando a assumir eventuais conseqüências danosas advindas de suas decisões e atitudes, mas sem nenhuma perseguição, punição ou restrição a sua liberdade.

Se o princípio da autonomia é um orientador de conduta que recomenda ser garantido a todo indivíduo competente o direito de participar e de decidir sobre a conveniência e oportunidade do tratamento a que irá se submeter, há que se considerar que este não é absoluto. Existem outros referenciais que precisam ser

ponderados, como a beneficência e a não-maleficência, na relação entre assistente e assistido.

Beneficência significa fazer o bem, promover o bem, prevenir e retirar danos, maximizar os benefícios, minimizar os riscos, danos e custos. Diz mais respeito ao profissional, por ser ele quem cuida. Mas, refere-se ao fato de que todo ato deve ser bom, benéfico, tanto para o paciente quanto para aquele que o executa. O ato será considerado eticamente correto quando beneficiar o mais fragilizado, necessitado, da forma mais abundante e menos onerosa possível. Este princípio bioético tem raízes na tradição hipocrática, de fazer o profissional, de acordo com seu discernimento e capacidade, o bem para o enfermo. De igual sorte, não pode ser considerado de uma maneira absoluta, sob pena de se incorrer no desrespeito à individualidade do outro. Quando o profissional ignora ser o paciente um sujeito capaz de tomar suas próprias decisões e de assumir a responsabilidade por elas, passa ele de uma atitude beneficente para a prática paternalista^{52,60}.

Não-maleficência remete a uma abstenção, à idéia de ao menos não causar danos. Primeiramente, não se deve fazer o mal. Este princípio cobra sua importância para a tomada de decisões nas seguintes situações: quando tudo o que for feito representar malefício; quando não se souber a diferença entre o que é danoso e o que é benéfico; quando o dano é trivializado. Às vezes, o mais prudente é abster-se de agir, para não infligir sofrimento, para não causar o mal a outrem⁶¹. Também representa uma reflexão de importante aplicabilidade à assistência em saúde.

Nenhum princípio, entretanto, esclarece sozinho um conflito de interesses. Não são taxativos, absolutos, nem independentes. Devem ser considerados em conjunto e são inevitavelmente conflitantes entre si. Perdem toda sua pureza no momento de sua aplicação prática. Mas, são ferramentas que contribuem sobremaneira para uma reflexão consciente e crítica na busca de mediação de conflitos que emergem no exercício cotidiano das profissões, daquelas da área da saúde em especial.

Em 1977, Cheney⁶² já ilustrava, com equações, sua opinião de como os dentistas deveriam mudar sua ênfase no tratamento odontológico da restauração dental (*equação A*) para o tratamento do indivíduo com doença bucal (*equação B*). A *equação A* compreendia “habilidade clínica + conhecimento = tratamento bem sucedido”. A *equação B* seria “habilidade clínica + conhecimento x qualidade do

relacionamento profissional/paciente + personalidade e motivação do paciente = sucesso ou fracasso”⁶².

Assim, há a necessidade de conscientização para o fato de que o cuidado técnico não pode prescindir do cuidado ético, devem ambos estar em consonância, em harmonia, em igual consideração, para uma prática de assistência em saúde responsável, atenta, respeitosa, justa^{8,9}.

A Bioética tem sua origem e desenvolvimento relacionados ao contexto da assistência biomédica – e não só ao da pesquisa –, sendo a teoria principialista um exemplo de sua aplicabilidade e utilização nesse campo. É, por alguns, denominada de Microbioética, por ter sua contextualização voltada basicamente para o relacionamento entre os profissionais de saúde e os pacientes, entre as instituições e entre os próprios pacientes⁶³.

6. A Ética na Pesquisa em Odontologia

Toda nova descoberta faz emergir situações igualmente novas, por vezes intrigantes e complexas, que podem ter repercussão moral e ética de importância para a vida humana. O desenvolvimento científico e tecnológico deve sempre ter a melhoria da qualidade de vida no planeta como objetivo principal. No entanto, são muitos os registros de degradação ambiental e de crueldade contra animais humanos e não-humanos que aparecem associados às pesquisas científicas⁶⁴.

Atualmente, o ser humano detém um poder de proporções consideráveis, sendo capaz de exercer enorme interferência nos fenômenos da natureza, da vida em sua essência. Em igual consideração, está a sua responsabilidade, sem precedentes na história, para com uma prática investigativa segura e voltada para o benefício do ser humano, em atenção às gerações futuras e à preservação da vida no planeta⁶⁴.

No campo da pesquisa, deve-se estabelecer um equilíbrio entre os objetivos puramente tecnocientíficos dos experimentos e a preocupação humanística. Aspecto difícil de ser conseguido, mas que precisa ser buscado pelos cientistas, não se podendo permitir que isto não seja alcançado em razão de interesses escusos, por vaidade, falta de compromisso ou puro desconhecimento⁶⁵.

De um lado, está a prerrogativa de liberdade de investigação; do outro, o interesse público e o bem-estar da coletividade, a vontade de uma sociedade livre. É preciso haver uma articulação precisa e equilibrada entre os dois pólos, para que se realize a investigação científica de forma responsável e respeitosa, principalmente quando envolver a participação de seres humanos como sujeitos de pesquisa ³³.

Há, na história mundial, inúmeros flagrantes de desrespeito aos direitos humanos de sujeitos participantes de pesquisas científicas. São bastante conhecidos os episódios da Segunda Guerra Mundial, ocasião em que práticas desumanas foram feitas em nome da ciência. Também, cabe ressaltar o levantamento realizado por Henry Beecher ⁶⁶ (1966), no final da década de 60, sobre trabalhos publicados em renomadas revistas científicas em que o consentimento dos participantes não havia sido obtido ou não tinha valor moral, pela situação de desrespeito às pessoas que participaram dos estudos ⁶⁶. Outras tantas denúncias que denotam a recorrência do descaso para com a vida no campo da pesquisa em geral podem ser encontradas.

Por este motivo, países e organismos internacionais preocupam-se com a necessidade de se observar a princípios éticos quando da realização de pesquisas científicas, principalmente se houver envolvimento direto de ser humano como sujeito participante.

Muitas nações já tomaram medidas para evitar práticas desrespeitosas de pesquisa envolvendo seus cidadãos, mas outros tantos, como os do continente africano, periféricos, vulneráveis, infelizmente ainda sucumbem. Têm estes que buscar nos referenciais internacionais as diretrizes e padrões a serem observados.

É sabido que o progresso depende da realização de experimentações científicas, mas esta devem: observar e respeitar os valores e a cultura da sociedade; obedecer a uma metodologia adequada; e seguir as recomendações éticas internacionalmente difundidas ⁶⁴.

Com este discurso da responsabilidade, precaução e prudência, não se pretende que a ética seja dominadora, cerceadora do desenvolvimento e da liberdade científicos, mas tem o propósito de evitar que a ciência, por sua vez, torne-se dominadora, perversa. O controle sobre as práticas de pesquisa não pode se dar exclusivamente no plano científico, deve ser também realizado do ponto de vista ético. Deve ser social, mundial, planetário ⁶⁴.

O Brasil é um dos países que avançou na proteção dos sujeitos humanos participantes de projetos de investigação científica, com a implementação, especificamente a partir de 1996, de uma nova cultura ética em pesquisa. O país adotou um sistema de acompanhamento ético dos protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos (Sistema Comitês de Ética em Pesquisa – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) e conta com Resoluções do Conselho Nacional da Saúde sobre a questão ⁶⁴.

O país tem recebido o respeito da comunidade científica mundial, por sua postura e iniciativas, deixando claro querer ser parceiro em pesquisas multicêntricas, internacionais, em cooperação mútua, sempre respeitados os parâmetros éticos internacionais e nacionais, e valorizada a participação dos cientistas brasileiros, com a preocupação de fazer chegar à população os benefícios resultantes do experimento, de forma mais ampla e menos onerosa possível ⁶⁴.

O tema da ética na pesquisa em Odontologia está relacionado à criação e implantação de Comitês de Ética em Pesquisa – CEPs – nas instituições de ensino e de pesquisa odontológica, o que levou ao aprendizado dos referenciais da Bioética, por sua ligação com o campo da pesquisa envolvendo seres humanos no país. Ao criar CEPs, as pessoas envolvidas com a iniciativa se viram diante de temas diversos da pauta bioética, como pesquisa com seres humanos, vulnerabilidade, justiça, termo de consentimento livre e esclarecido, riscos ao sujeito participante, dentre outros. A partir daí, pela proximidade entre ensino e pesquisa, o campo da Bioética acabou sendo, em maior ou menor grau, incorporado ao processo de ensino-aprendizagem e às práticas odontológicas, em suas relações interpessoais ⁶⁷.

Na pesquisa odontológica, como em qualquer outra, os preceitos éticos devem ser observados, principalmente por envolver uma variedade de meios / métodos de investigação. Na Odontologia, são realizadas pesquisas *in vitro*, *in vivo*, *in locu*, *in situ*, bem como levantamentos epidemiológicos, sociais. Em todas elas, os princípios éticos do sigilo, da confidencialidade dos dados, da beneficência, da não-maleficência, da justiça, do respeito à autonomia do sujeito participante, da não discriminação, da prudência e da responsabilidade precisam guiar as ações dos pesquisadores ⁵⁷.

Neste contexto, ressalta-se como uma situação de grande repercussão ética o uso indiscriminado e indevido de dentes humanos no ensino e na pesquisa no

campo da Odontologia. Tal prática distancia-se em muito da conduta ético-legal exigida ⁵¹. Para resolver os problemas resultantes da utilização de partes do corpo humano em pesquisas odontológicas, as instituições de ensino superior e centros de pesquisa estão desenvolvendo bancos de dentes humanos e de material biológico, possibilitando a coleta de material com a regular identificação e mediante doação consentida destes pelos pacientes.

Não pode a Odontologia pensar que as pesquisas da área não precisam de acompanhamento ético, de controle social, pois também em seu campo foram e são observados equívocos, desrespeitos, violação a direitos fundamentais ⁵⁷.

7. Odontologia e Perspectivas Futuras

Neste início de novo milênio, a profissão odontológica passa a ter que discutir e buscar soluções para os novos desafios que se apresentam, nos diversos campos: educacional, científico, técnico e ético. É oportuno e responsável refletir sobre o estado atual e futuro da ciência e da formação em Odontologia em cada um destes campos mencionados.

Quanto ao campo educacional, Seidemann e Torres ⁶⁸ (2000) lembram que, durante o século XX, observou-se mais mudanças na educação odontológica que em qualquer outra época da história da profissão, e salientam que, com o advento do novo milênio, é preciso que os participantes do processo, professores e alunos, discutam temas relacionados à docência e à formação em Odontologia. Para tanto, reforçam os autores dever imperar entre as partes a compreensão, o respeito e uma aberta e permanente comunicação.

O Brasil vive intensa transformação nos projetos político-pedagógicos dos cursos superiores, inclusive nas matrizes curriculares dos Cursos de Odontologia. Tem-se buscado aprimorar a educação odontológica, com a distribuição e implementação de novos conteúdos, enfoques e metodologias. A preocupação daqueles que se ocupam da docência em ética é a de que ela seja adequadamente contemplada e eficientemente abordada, trabalhada. Esta é exatamente a motivação do presente estudo.

Dentre as muitas proposições e inovações, e pertinente a este tópico, aparece a Odontologia baseada em evidências, sobre a qual cumpre discorrer.

O movimento da prática baseada em evidências representa um novo paradigma de educação, que começou na medicina há cerca de 15 anos e, então, expandiu-se para outras profissões. De acordo com os ditames do processo de tomada de decisão baseada em evidências, as decisões clínicas devem ser baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis e na identificação dos melhores meios de evidência, aplicando-se formas epidemiológicas e bioestatísticas de análise. Credita-se a essa prática aspectos positivos como: aumento da precisão e responsabilidade profissional, ser eticamente justificável na medida em que melhora a qualidade do atendimento ao paciente, melhoria no custo-benefício da assistência em saúde e da pesquisa na área, ser tecnologicamente atual, prover um método sistemático de determinação das melhores práticas ⁶⁹.

Quatro métodos educacionais comuns são apresentados para o ensino dos princípios do cuidado baseado em evidências: 1) Aprendizado baseado em evidências – Evidence-based learning / EBL; 2) Aprendizado baseado em problemas – Problem-based learning / PBL; 3) Aprendizado baseado em casos – Case-based learning / CBL; e Aprendizado baseado no paciente – Patient-based learning / PatientBL ^{70,71}.

Contudo, no contexto da prática biomédica, os bioeticistas alertam para as múltiplas dimensões da experiência da doença, que tornam difícil precisa quantificação e mensuração do fenômeno e/ou processo. Assim, a ciência, de acordo com os humanistas, é somente uma camada da descrição do mundo fenomenológico. Por isso, a prática baseada e confiante em evidências científicas tem sido criticada por caracterizar mal a constituição da moderna assistência em saúde, por diversos conhecimentos e tradições acadêmicas que se pautam em noções igualmente diversas da evidência ^{69,72}.

Essa divisão de opiniões a respeito da aplicação de práticas educacionais com base no modelo baseado em evidências não ocorre exclusivamente pelo posicionamento de docentes das ciências humanas e sociais aplicadas ou de eticistas, ela existe também entre os próprios profissionais da saúde, inclusive docentes de Odontologia ⁷³.

Barreiras quanto à implementação da prática baseada em evidências em Odontologia têm sido identificadas na literatura e, segundo aqueles que a defendem, são resultantes dos seguintes fatos: a Odontologia baseada em evidências coloca alguns desafios particulares para a profissão, há resistência por parte dos cirurgiões-

dentistas, falta de informação adequada sobre essa prática, receio pela ameaça da perda da autonomia clínica, geração de diretrizes a serem seguidas, formação profissional deficiente, falta de evidências em muito do que se faz em Odontologia e atual impossibilidade de se justificar muito de sua prática com evidências de boa qualidade. Mesmo aqueles que defendem a Odontologia baseada em evidências reconhecem que sua prática envolve uma série de habilidades que são diferentes das usuais dos dentistas ⁷⁴.

Coulter ⁷⁴ (2001) opina ser providencial ter em mente que, apesar das grandes expectativas com a prática baseada em evidências tanto na ciência odontológica como na médica, há ainda poucos indícios de que ela implica em melhores resultados para os pacientes ou de que aqueles que são formados nessa prática de fato fazem uma melhor Odontologia ou Medicina.

Em relação ao campo da técnica, pode-se afirmar que a Odontologia praticada no Brasil é de alto nível de qualidade técnica, representa uma ciência e prática de excelência, em um padrão de sofisticação correspondente àquele dos países desenvolvidos, centrais, em todas as suas 19 especialidades ⁴³.

Entretanto, a questão da excelência remete a uma análise cuidadosa em virtude de dois aspectos fundamentais de sua aplicação na assistência em saúde: qualidade e relevância. No que diz respeito ao critério qualidade, envolve esta os seguintes pontos: excelência técnica, especialização, instalações sofisticadas, níveis e tipos de atenção, capacitação do profissional de saúde. Já quanto à relevância, compreende pontos como: proporcionar acesso justo/equitativo, dar respostas às reais demandas da população, abordagem integral, orientação ética e humana, promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida.

É, pois, importante que se busque o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, dado o contexto brasileiro.

Os constantes avanços científicos e tecnológicos estão deixando o mundo perplexo, não cabendo mais posicionamentos neutros sobre determinados assuntos. Algumas pessoas se mostram fascinadas e receptivas às novas descobertas; outras, assustadas, confusas e inseguras. O mundo experimenta atualmente um nível de polarização grande entre o “endeusamento” e a “demonização” da ciência e da tecnologia ⁵¹.

Garrafa ⁵¹ (2003) argumenta que “o desenvolvimento tecnocientífico não pode ser nem eticamente submisso, nem historicamente dominador”. O grande desafio

colocado para todos é o de equilibrar ciência e ética. Nesse contexto, sugere o autor a importância da Bioética, como disciplina que possibilita a comunicação, o diálogo mais aproximado entre filosofia e ciência, e entre ciência e sua aplicação prática, a técnica.

O campo da saúde foi um dos que mais incorporou tais avanços, na forma de tecnologia de ponta, com inegáveis conquistas, em seus diversos aspectos (prevenção, diagnóstico, terapêutica, prognóstico). Mas, a incorporação de recursos tecnológicos suscitam questionamentos éticos se associados a mais exclusão, em razão de sua relação direta com altos custos. Este é, sem dúvida, um ponto que demanda análise cuidadosa por aqueles que se ocupam da promoção de saúde, da saúde bucal em especial, dada a sua precariedade e característica ainda mutiladora na realidade do país, para que o quadro que se procura reverter não venha a ser agravado ^{7,57}.

Se por um lado o desenvolvimento biotecnológico trouxe à Odontologia avanços significativos, com a ampliação do campo de trabalho do cirurgião-dentista e fortalecimento da ciência odontológica, por outro aumentou a responsabilidade do profissional, que necessita estar constantemente atualizado para absorver os novos conhecimentos gerados a todo instante ⁵⁷.

As descobertas científicas são hoje rapidamente introduzidas e absorvidas pela prática clínica, com novos produtos que são lançados a cada dia. A prática odontológica normalmente envolve o emprego de biomateriais e/ou medicamentos, que são usados em contato direto com tecidos vivos (dentina, polpa, osso alveolar, tecidos periodontais), sendo oportuno lembrar que a aplicação destes sobre os tecidos envolve risco de interação biológica, o que requer amplo conhecimento de suas características, concentrações e propriedades, além de criteriosa verificação e controle sobre sua inocuidade ^{51,57}.

O uso de biomateriais sem critérios de biossegurança estabelecidos, além de poder gerar problemas clínicos como o insucesso terapêutico e reações adversas, cria situações de conflito ético e moral, uma vez que o paciente pode estar sendo submetido a uma terapêutica sem o conhecimento dos riscos a ela inerentes, tanto de sua parte como pelo próprio profissional. Esta é uma área da Odontologia que deve merecer a devida atenção nos próximos anos, por parte dos pesquisadores e, necessariamente, dos órgãos públicos de vigilância sanitária ⁵⁷.

Para Garrafa ⁵¹ (2003), os avanços poderão trazer, em um futuro talvez próximo, possibilidades para fins terapêuticos diversos na Odontologia, citando: a manipulação de dados genéticos; a utilização de células-tronco na regeneração óssea ou de uma câmara pulpar; a clonagem de dentes humanos.

Diante disso, é necessário trabalhar com o que se conhece e com o que se dispõe hoje para, de uma forma realista, diminuir ao máximo a demanda reprimida no país. E, quanto ao futuro, é preciso estar alerta para as novidades que se apresentam, sem incorporá-las de forma acrítica e descontextualizada, não podendo a ciência e a técnica, sob argumento qualquer, prescindir de uma análise ética, menos ainda do controle social em defesa do interesse coletivo ^{51,57}.

IV – OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivos:

1 - GERAL

Pesquisar a importância da Bioética no ensino e na prática da Odontologia, ou seja, analisar se o ensino da Bioética representa um diferencial na formação em Odontologia, contribuindo ou não para uma prática profissional mais consciente e crítica, por meio de reforço ao domínio atitudinal do aluno.

2 - ESPECÍFICOS:

- 2.1 Discutir a insuficiência da Deontologia, como instrumento único, para a adequada formação ética profissional em Odontologia;
- 2.2 Investigar se a formação em Bioética possibilita uma melhor distinção entre as diferentes acepções/concepções do termo “ética”;
- 2.3 Verificar se a formação em Bioética possibilita um melhor discernimento entre “ética deontológica” e “bioética”, como “ética aplicada”;
- 2.4 Estudar a associação, por estudantes de Odontologia e profissionais entrevistados, entre a formação em ética e uma real possibilidade de sua aplicação nas práticas cotidianas, e não somente como exercício de reflexão abstrata;
- 2.5 Analisar, a partir dos depoimentos dos participantes da pesquisa, a atenção dada ao domínio atitudinal, em sua formação, comparativamente aos domínios cognitivo e psicomotor;
- 2.6 Identificar e analisar a percepção/concepção de estudantes e cirurgiões-dentistas sobre temas bioéticos relevantes para o exercício profissional:
 - 2.6.1 A atenção/percepção dos participantes a respeito da realidade brasileira em saúde bucal, bem como em relação à possibilidade do

exercício profissional na esfera pública da saúde, e não somente a prática autônoma/liberal/individual;

2.6.2 Se a formação em Bioética contribui para a mediação de conflitos de interesses quando da tomada de decisões na assistência em saúde, através das noções de alteridade e respeito à autonomia do paciente;

2.6.3 O conhecimento dos participantes do estudo a respeito da nova cultura de análise e acompanhamento ético de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil;

2.6.4 Possíveis associações, pelos entrevistados, entre avanços científicos e tecnológicos e perspectivas futuras em Odontologia.

V – HIPÓTESES DE TRABALHO

1 - HIPÓTESE DE ACEITAÇÃO:

O ensino da Bioética representa um diferencial positivo na formação em Odontologia, contribuindo para uma prática profissional mais consciente e crítica, por meio de reforço ao domínio atitudinal do aluno.

2 - HIPÓTESE DE ANULAÇÃO:

O ensino da Bioética não representa um diferencial positivo na formação em Odontologia, não contribuindo para uma prática profissional mais consciente e crítica, por meio de reforço ao domínio atitudinal do aluno.

VI – MÉTODO

O presente trabalho consiste em um estudo descritivo-analítico, que compreendeu: 1) **levantamento de corpo de textos e sua revisão bibliográfica e análise**, para melhor compreensão do objeto de estudo, para a construção do referencial teórico e para a adequada elaboração dos instrumentos utilizados na coleta de dados; 2) **pesquisa de campo**, com dois procedimentos para a coleta de dados - aplicação de questionário e realização de entrevista.

1. Da Revisão Bibliográfica:

A revisão bibliográfica sobre o tema objeto da pesquisa foi elaborada a partir de livros-texto, artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais, e dos seguintes documentos: Lei n.º 9.394, de 20/12/1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, e Resolução CNE/CES n.º 3, 19/02/2002 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

Após o levantamento e a definição do corpo de textos, procedeu-se a exploração, leitura e análise dos mesmos para identificação dos aspectos relevantes a serem abordados no referencial teórico, para a categorização das áreas temáticas pertinentes, para a elaboração dos instrumentos de coleta de dados, e para subsidiar a análise e discussão dos resultados ⁷⁵.

2. Dos Procedimentos para a Coleta de Dados:

Os dois procedimentos metodológicos propostos possibilitaram a obtenção de dados passíveis de análise tanto quantitativa como qualitativa. Foram eles:

- 1.º) aplicação de questionário, com perguntas fechadas, oferecendo quatro ou cinco opções de resposta, em escalas de quantidade, de satisfação, de qualidade, de freqüência e de concordância;

- 2.º) realização de entrevista semi-estruturada, com roteiro previamente estabelecido.

Em ambos os procedimentos, questionário e entrevista semi-estruturada, as perguntas foram criteriosamente relacionadas com os objetivos almejados no presente estudo.

2.1 Do Questionário:

O questionário foi composto de duas partes, sendo a primeira destinada ao levantamento de dados relacionados com os objetivos da pesquisa; e a segunda destinada à caracterização do perfil do entrevistado (dados demográficos e outros).

Foram 14 (quatorze) as perguntas da primeira parte: 03 (três) aplicadas à escala de quantidade; 03 (três) para a escala de satisfação; 03 (três) para a de qualidade; 02 (duas) relacionadas à de freqüência; e 03 (três) referentes à de concordância (ANEXO 1).

As perguntas da primeira parte visaram a obtenção de informação sobre: a atenção dada na formação do entrevistado aos diferentes domínios (cognitivo, psicomotor e atitudinal); o grau de satisfação quanto aos conteúdos contemplados em sua formação; a atenção/percepção do entrevistado sobre a realidade brasileira em saúde bucal; o processo de tomada de decisões quanto ao tratamento odontológico a ser realizado; a nova cultura de análise e acompanhamento ético de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil; os avanços científicos e tecnológicos na área da Odontologia e sua relação com o campo da ética.

A segunda parte teve por objetivo coletar dados sobre o perfil dos participantes: sexo; idade; cor; ser o entrevistado estudante, clínico geral, especialista, mestre ou doutor (nesse caso, qual a Especialidade, o Mestrado ou o Doutorado); tempo de profissão; setor de atuação profissional (público ou privado); ter ou não o entrevistado formação em Bioética; em caso afirmativo, a descrição da formação em Bioética do entrevistado. Estes dados foram colocados ao final do instrumento por entender o pesquisador que sua disposição no início poderia interferir nas respostas do entrevistado, por poder suscitar receio quanto a sua identificação ou mesmo por eventual constrangimento no caso de desconhecimento ou dúvida quanto a qualquer dos questionamentos.

Os dados quantitativos foram analisados por meio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 12.0.

2.2 Da Entrevista:

As entrevistas foram individuais, agendadas em local e horário à escolha do entrevistado, gravadas em áudio (fita cassete) e transcritas, tendo sido disponibilizado a cada sujeito o tempo necessário para o bom andamento e conclusão da entrevista.

O roteiro foi semi-estruturado e contemplou 10 (dez) perguntas, que seguem a mesma lógica aplicada às perguntas do questionário. Compreendeu duas partes: a primeira foi destinada à caracterização do perfil do entrevistado (dados demográficos e outros); e a segunda, à obtenção de dados que possibilitam análise segundo os objetivos propostos no estudo (ANEXO 2).

A primeira parte referiu-se à coleta de dados sobre: grupo em que se enquadra o participante; caso aplicável, a descrição da formação em Bioética do entrevistado; sexo; idade; cor; ser o entrevistado estudante, clínico geral, especialista, mestre ou doutor (nesse caso, qual a Especialidade, o Mestrado ou o Doutorado); tempo de profissão; setor de atuação profissional (público ou privado).

A segunda parte do roteiro visou a obtenção de relatos sobre: ter ou não o entrevistado noção sobre as diferentes acepções do termo “ética”; a conceituação de “Bioética”; a atenção dada ao domínio atitudinal, em sua formação, comparativamente aos domínios cognitivo e psicomotor; a noção do entrevistado a respeito da realidade brasileira em saúde bucal e de seu compromisso social; a percepção do entrevistado quanto à possibilidade do exercício profissional na esfera pública da saúde; a leitura que o entrevistado faz daquele a quem assiste - o paciente; a participação do paciente no processo de tomada de decisões na assistência em saúde; as iniciativas brasileiras no sentido de acompanhamento ético de pesquisas científicas e o respeito à dignidade e à integridade do paciente (sujeito participante); as perspectivas futuras para a ciência odontológica e os aspectos éticos dentro desse contexto.

Os dados qualitativos foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo⁷⁵.

3. Dos Participantes - Grupos:

Participaram da pesquisa, como sujeitos entrevistados, escolhidos aleatoriamente, estudantes do Curso de Graduação em Odontologia e cirurgiões-dentistas em exercício profissional clínico há pelo menos 01 (um) ano, divididos em grupos conforme abaixo discriminado.

- GRUPO 1 – ESTUDANTES:

- A) Estudantes do Curso de Graduação em Odontologia SEM FORMAÇÃO EM BIOÉTICA, do Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – FS/UnB, que não tivessem cursado Disciplina de Bioética;
- B) Estudantes do Curso de Graduação em Odontologia COM FORMAÇÃO EM BIOÉTICA, do Departamento de Odontologia da FS/UnB, que já tivessem cursado Disciplina de Bioética.

- GRUPO 2 – CIRURGIÕES-DENTISTAS:

- A) Cirurgiões-dentistas em exercício profissional clínico há pelo menos 01 (um) ano SEM FORMAÇÃO EM BIOÉTICA, egressos do Curso de Graduação em Odontologia do Departamento de Odontologia da FS/UnB, que não cursaram Disciplina de Bioética na Graduação nem tiveram qualquer outra formação em nível de Pós-Graduação, Extensão ou Educação Continuada;
- B) Cirurgiões-dentistas em exercício profissional clínico há pelo menos 01 (um) ano COM FORMAÇÃO EM BIOÉTICA, egressos do Curso de Graduação em Odontologia do Departamento de Odontologia da FS/UnB, que cursaram Disciplina de Bioética na Graduação e/ou que tiveram alguma outra formação em nível de Pós-Graduação, Extensão ou Educação Continuada.

Todos os estudantes e profissionais egressos que compuseram a amostra do presente estudo cursam ou cursaram o Curso de Graduação em Odontologia do

Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília – UnB, sediada em Brasília – Distrito Federal.

No Grupo 1, houve a participação de estudantes sem formação em Bioética do 4.º, 5.º e 6.º períodos do curso (Grupo 1-A) e de estudantes com formação em Bioética do 7.º, 8.º, 9.º e 10.º períodos (Grupo 1-B).

O curso foi selecionado por ter sido pioneira no país a iniciativa de oferecer a Disciplina de “Bioética e Odontologia”, como disciplina obrigatória na estrutura curricular de graduação, ainda em 1995. A Disciplina de “Bioética e Odontologia”, de Código n.º 178861, é uma disciplina de 04 (quatro) créditos, ou seja, 60 (sessenta) horas-aula, oferecida para o 7.º período do referido curso, sendo de conteúdo teórico-prático.

Alguns respondentes fizeram apenas ou também outras disciplinas do campo da Bioética hoje oferecidas para a Graduação (como a Disciplina “Introdução à Bioética” – 02 créditos) ou para a Pós-Graduação (como as Disciplinas “Bioética” – 04 créditos, “Seminários Avançados em Bioética” – 04 créditos ou “Estágio de Ensino em Introdução à Bioética” – 02 créditos), todas oferecidas na mesma Instituição de Ensino Superior – IES. Houve também participantes que cursaram o Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Bioética, promovido pela Cátedra UNESCO de Bioética, do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM / UnB. Também, há aqueles que cursaram Bioética em Cursos de Pós-Graduação de outras universidades, faculdades, centros universitários, associações ou entidades que os ministram, embora egressos da IES tomada para a composição da população do estudo.

A descrição completa sobre a formação em Bioética pelos entrevistados (nome do curso, instituição promotora, nome da disciplina/módulo de Bioética, carga horária de formação em Bioética) aparece registrada em ambos os instrumentos, questionário e entrevista aplicados.

4. Do Tamanho da Amostra:

Foram aplicados 120 (cento e vinte) questionários, compreendendo 30 (trinta) participantes de cada um dos quatro grupos descritos.

Tais respostas foram obtidas aleatoriamente, ao ser solicitada a contribuição dos respondentes em ocasiões em que estudantes e profissionais se encontravam

reunidos, por motivos diversos. Para os estudantes, quando: estavam em sala de aula teórica, em atividade prática laboratorial ou clínica. Quanto aos profissionais, quando estes compareciam a um curso preparatório para concurso público realizado no prédio da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, na fila de espera para votação no primeiro turno das eleições para compor a Diretoria do Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal e, isoladamente, por um e outro cirurgião-dentista.

Dos participantes do estudo que responderam ao questionário, 12 (doze) deles, escolhidos aleatoriamente, foram entrevistados, sendo 03 (três) de cada um dos quatro grupos acima mencionados.

5. Da Análise Prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa:

O projeto de pesquisa foi submetido à análise prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, integrante do sistema de acompanhamento ético de pesquisas envolvendo seres humanos no país – Sistema Comitês de Ética em Pesquisa/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Sistema CEPs/ CONEP). Somente após parecer favorável por parte do CEP, foi iniciada a investigação proposta.

Ver ANEXOS 3 (Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa) e 4 (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

6. Da Análise Quantitativa:

O *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), em sua versão 12.0, foi o programa utilizado para o tratamento estatístico dos dados obtidos através da aplicação do questionário.

7. Da Análise Qualitativa:

A análise qualitativa foi feita por meio da técnica de Análise de Conteúdo: *análise categorial - análise temática*, descrita a seguir ⁷⁵.

O estudo compreendeu dois momentos de análise qualitativa, que foram: a análise do corpo de textos e a análise das entrevistas realizadas.

7.1. Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo é definida por Laurence Bardin ⁷⁵ (1977) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visando obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo pode ser uma análise dos “significados” (exemplo: a análise temática) ou também uma análise de “significantes” (análise léxica, análise dos procedimentos). A primeira delas será aqui trabalhada. Para a compreensão do processo, o método de análise de conteúdo será sucintamente descrito.

A organização da análise de conteúdo compreende três fases cronológicas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, que corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo sistematizar e tornar operacionais as idéias iniciais, de forma a se chegar a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas em um plano da análise.

Esta primeira fase possui três missões, como ensina Bardin ⁷⁵ (1977): a de escolha dos documentos a serem submetidos à análise; a formulação das hipóteses e dos objetivos; e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Dentro da pré-análise, a primeira atividade consiste em uma leitura “flutuante”, para se estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto, para captar impressões e orientações. A leitura vai se tornando mais precisa com o decorrer do processo. Com relação à escolha dos documentos, o universo destes pode ser determinado *a priori* ou, então, o objetivo é determinado e, em conseqüência, são escolhidos os documentos susceptíveis de fornecer informações sobre o problema levantado. A fase seguinte é a da formulação das hipóteses e dos objetivos. A hipótese é uma afirmação provisória a ser verificada pela análise e o objetivo é a finalidade geral proposta pelo trabalho. Importante mencionar que as hipóteses nem sempre são estabelecidas quando da pré-análise e também que não é obrigatório ter como guia um corpo de hipóteses para se proceder a análise. Por fim, a missão última da pré-análise consiste na escolha de índices e sua organização em indicadores, fundamentais para a interpretação dos textos.

Reunido o material, ou seja, preparado o seu corpo, passa-se à segunda fase da análise de conteúdo: a exploração do material. Esta consiste essencialmente de operações de codificação, que Holsti, citado por Bardin ⁷⁵ (1977), define como “...o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo.” No caso de uma análise quantitativa e categorial, a organização da codificação compreende três escolhas: o recorte (escolha das unidades); a enumeração (escolha das regras de contagem); e a classificação e a agregação (escolha das categorias). Para se ter os elementos do texto, faz-se a escolha de unidades de registro (que podem ser: a palavra, o tema, o objeto, o personagem, o acontecimento, o documento) e de contexto (que são segmentos da mensagem, ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro).

A maioria dos procedimentos de análise são organizados por um processo de categorização. A categorização é uma operação de classificação de elementos (as unidades de registro) constitutivos de um conjunto, em razão dos seus caracteres comuns. O processo classificatório possui uma importância considerável em toda e qualquer atividade científica.

A última fase da análise de conteúdo é tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação controlada, ou seja, a inferência. Nela, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos, capazes de expressar algo. Operações estatísticas simples (percentagens) ou mais complexas (análise fatorial) permitem estabelecer quadros ou tabelas de resultados que condensam e destacam as informações fornecidas pela análise.

A análise de conteúdo serve tanto ao procedimento quantitativo como ao qualitativo, guardadas as especificidades de sua aplicação em um ou em outro campo de ação. A abordagem quantitativa funda-se na *freqüência* de aparição de certos elementos da mensagem, enquanto a qualitativa se pauta na inferência a partir da *presença* ou *ausência* de uma dada característica de conteúdo. A análise quantitativa obtém dados descritivos, através de um método estatístico, sendo mais objetiva, mais fiel e mais exata. A qualitativa corresponde a um procedimento mais intuitivo, mais adaptável a índices não previstos ou à evolução das hipóteses, sendo caracterizada pela interpretação mais aprofundada.

À guisa de conclusão, cabe ressaltar que o mais generalizado e transmitido tipo de análise de conteúdo é denominado *análise categorial*, ou método das categorias, que pretende tomar em consideração a totalidade de um texto, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido.

A *análise categorial* funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos. Laurence Bardin ⁷⁵ (1977) coloca, entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou *análise temática*, e complementa ser esta rápida e eficaz.

Neste trabalho, foi realizada a *análise temática* dos textos que compõem o corpo de documentos selecionados (Lei n.º 9.394, de 20/12/1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB; Resolução CNE/CES n.º 3, 19/02/2002 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia; e publicações diversas relacionadas com o objeto do estudo, nas áreas de Odontologia e Bioética – artigos científicos em periódicos nacionais e internacionais e livros), o que permitiu a identificação de sete unidades ou áreas temáticas que compreendem o objeto deste estudo, compuseram o referencial teórico abordado e serão enumeradas a seguir.

Ainda, evidencia-se que a mesma *análise categorial* foi o tipo de análise de conteúdo empregado para as entrevistas semi-estruturadas realizadas com os sujeitos participantes, para a verificação das hipóteses levantadas pelo estudo.

Por fim, ressalta-se que as áreas temáticas definidas foram fundamentais na elaboração dos dois instrumentos aplicados para a coleta de dados na pesquisa de campo, tendo sido todas estas áreas contempladas em ambos os procedimentos (aplicação de questionário e realização de entrevista com roteiro pré-estabelecido).

7.2. Áreas Temáticas

De acordo com o exposto acima, foram estabelecidas sete áreas temáticas, identificadas e definidas a partir da leitura exploratória e da análise do material selecionado, que abrangem o amplo e rico conteúdo da Bioética aplicada à Odontologia.

As áreas temáticas são as seguintes:

Área Temática 1 – **A Formação Profissional em Odontologia**

Área Temática 2 – **O Perfil do Egresso**

Área Temática 3 – **Ética, Bioética e Deontologia**

Área Temática 4 – **Bioética, Saúde Pública e Odontologia**

Área Temática 5 – **A Relação Profissional-Paciente em Odontologia**

Área Temática 6 – **A Ética na Pesquisa em Odontologia**

Área Temática 7 – **Odontologia e Perspectivas Futuras**

VII – RESULTADOS e DISCUSSÃO

1. Do Perfil dos Entrevistados

Compõem o grupo de estudantes sem formação em Bioética (**Grupo 1-A**), 08 respondentes do 4.º, 12 do 5.º e 10 do 6.º períodos do curso. O grupo de estudantes com formação em Bioética (**Grupo 1-B**) constituiu-se de 11 participantes do 7.º, 07 do 8.º, 07 do 9.º e 05 do 10.º períodos. Foram entrevistados 01 estudante do 5.º e 02 do 6.º períodos no **Grupo 1-A** e 01 do 7.º, 01 do 8.º e 01 do 10.º períodos no **Grupo 1-B**.

Com relação ao sexo, tem-se: no **Grupo 1-A**, 14 estudantes do sexo feminino e 16 do sexo masculino; no **Grupo 1-B**, 23 do sexo feminino e 07 do sexo masculino; no **Grupo 2-A** (grupo de profissionais sem formação em Bioética), 19 profissionais do sexo feminino e 11 do sexo masculino; no **Grupo 2-B** (grupo de profissionais com formação em Bioética), 14 do sexo feminino e 16 do sexo masculino.

A idade variou de 17 a 31 anos no **Grupo 1-A**, de 21 a 28 no **Grupo 1-B**, de 24 a 44 no **Grupo 2-A** e de 23 a 44 no **Grupo 2-B**.

Quanto ao nível acadêmico, no **Grupo 2-A**, tem-se: 05 clínicos gerais, 20 especialistas, 04 mestres e 01 doutor. O **Grupo 2-B** é composto por 14 clínicos gerais, 07 especialistas, 08 mestres e 01 doutor.

Ainda, para os cirurgiões-dentistas, com relação ao tempo de profissão, registra-se: 01 a 05 anos - 03 no **Grupo 2-A** e 17 no **Grupo 2-B**; 06 a 10 anos - 04 no **Grupo 2-A** e 07 no **Grupo 2-B**; 11 a 20 anos - 17 no **Grupo 2-A** e 06 no **Grupo 2-B**; e mais de 20 anos - 06 no **Grupo 2-A** e nenhum no **Grupo 2-B**.

2. Dos Dados Quantitativos - Questionários

Aqui, serão descritos e discutidos os resultados obtidos a partir da aplicação aleatória de questionário aos grupos da amostra, composto por 14 (quatorze)

perguntas fechadas, com quatro ou cinco opções de resposta, em escalas de quantidade, de satisfação, de qualidade, de freqüência e de concordância.

Perguntas n.º 1, 2 e 3:

As perguntas de n.º 1, 2 e 3 do questionário tiveram como objetivo levantar dados sobre a formação profissional em Odontologia, no que tange à contemplação dos três domínios do conhecimento: a) cognitivo – teórico; b) psicomotor – habilidades práticas; e c) afetivo – das atitudes. Utilizou-se Escala *Likert* crescente de QUANTIDADE, de 4 pontos: **nada, pouco, muito, totalmente**.

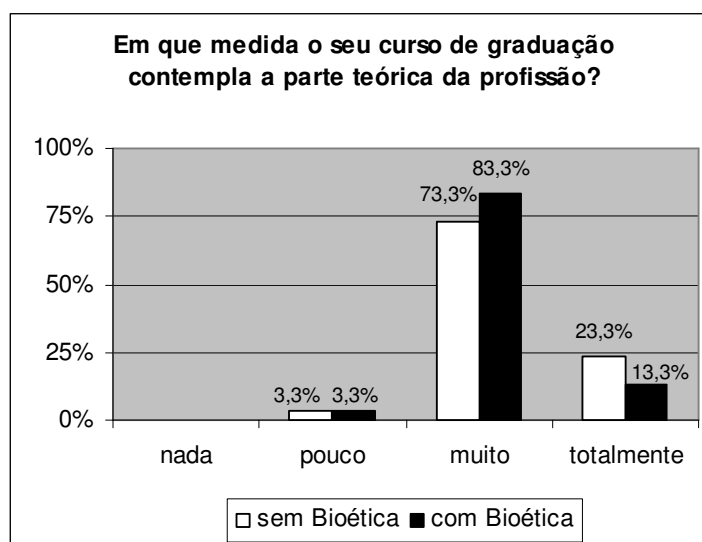
Estudantes e profissionais responderam de forma bastante similar a respeito da contemplação, em quantidade, dos três domínios do saber em sua formação no curso de Graduação, devendo ser lembrado que todos os participantes do estudo (toda a amostra) cursaram Odontologia na mesma instituição de ensino superior, ou seja, no Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Pergunta n.º 1: **Em que medida o seu curso de graduação contempla/contemplou a parte teórica da profissão?**

O grupo dos estudantes sem formação em Bioética (**Grupo 1-A**), quando perguntado sobre em que medida seu curso de graduação contempla a parte teórica da Odontologia, avaliou da seguinte maneira: **96,6%** avaliaram que o curso contempla em **muito** ou **totalmente** os aspectos teóricos. Sobre esta mesma pergunta, **96,6%** dos estudantes com formação em Bioética (**Grupo 1-B**) entenderam que a parte teórica é **muito** ou **totalmente** contemplada.

Marcaram a alternativa “**pouco**”, para esta primeira pergunta, **3,3% (n=1)** dos estudantes do grupo sem formação (**Grupo 1-A**) e também **3,3% (n=1)** daqueles com formação em Bioética (**Grupo 1-B**). Nenhum estudante de ambos os grupos (**Grupos 1-A e 1-B**) assinalou a alternativa “**nada**”.

Gráfico 1. Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 1.

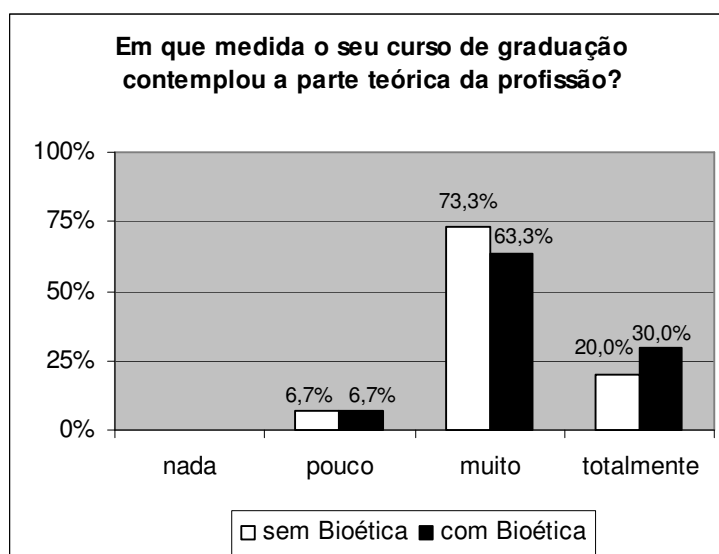


Fonte: pesquisa do autor (2006).

Sobre a contemplação da parte teórica da profissão em seu curso de graduação, tanto os profissionais sem formação em Bioética (**Grupo 2-A**) quanto os profissionais com formação em Bioética (**Grupo 2-B**) responderam, com frequência de **93,3%**, que o curso contemplou em **muito** ou **totalmente** os aspectos teóricos.

Ainda a respeito dos grupos dos cirurgiões-dentistas, com igual frequência, **6,7%** daqueles sem formação (**Grupo 2-A**) e **6,7%** dos profissionais com formação em Bioética (**Grupo 2-B**) marcaram a alternativa “**pouco**”. Como para estudantes, nenhum profissional de ambos os grupos (**Grupos 2-A e 2-B**) assinalou a alternativa “**nada**”.

Gráfico 2. Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 1.



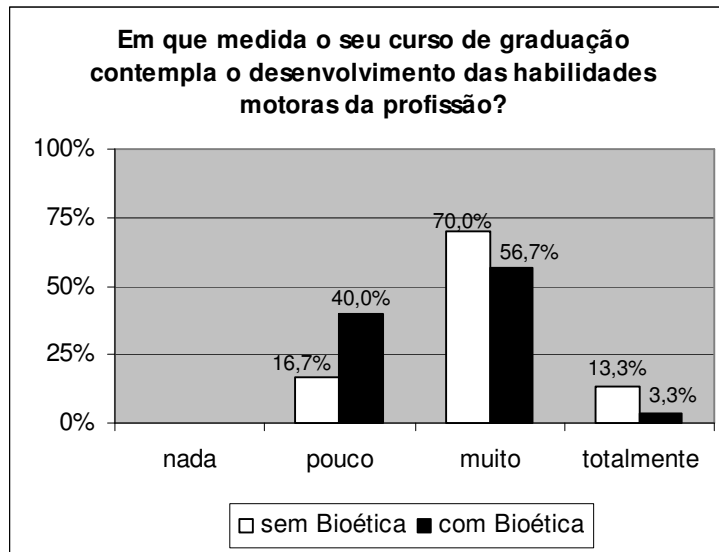
Fonte: pesquisa do autor (2006).

Pergunta n.º 2: **Em que medida o seu curso de graduação contempla/contemplou o desenvolvimento das habilidades motoras da profissão?**

A segunda pergunta do questionário buscava aferir, em quantidade, a abordagem da parte de desenvolvimento das habilidades psicomotoras no curso de graduação do qual participam ou participaram os respondentes.

O grupo de estudantes sem formação em Bioética (**Grupo 1-A**) marcou, com frequência de **83,3%**, que a parte prática é **muito** ou **totalmente** contemplada. E **60,0%** dos estudantes com formação em Bioética (**Grupo 1-B**) igualmente assinalaram as respostas “**muito**” ou “**totalmente**”. Complementando, **16,7%** dos estudantes do **Grupo 1-A** e **40,0%** dos do **Grupo 1-B** escolheram a alternativa “**pouco**” para este quesito. Nenhum estudante (nem do **Grupo 1-A** nem do **Grupo 1-B**) respondeu com a opção “**nada**”.

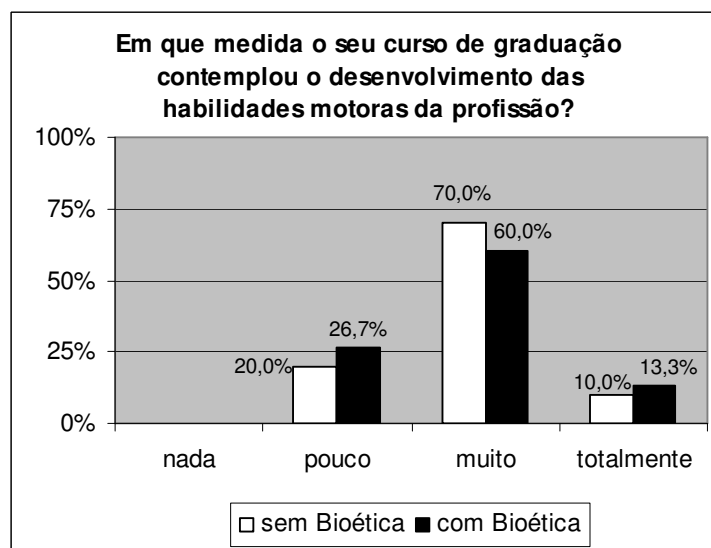
Gráfico 3. Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 2.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Dos profissionais, **80,0%** dos cirurgiões-dentistas sem formação (**Grupo 2-A**) e **73,3%** dos CDs com formação em Bioética (**Grupo 2-B**) responderam que seu curso de graduação contemplou o desenvolvimento das habilidades motoras em **muito** ou **totalmente**. Responderam **pouco** contemplar o curso este aspecto prático da formação **20,0%** dos profissionais do **Grupo 2-A** e **26,7%** daqueles do **Grupo 2-B**. Nenhum profissional de ambos os grupos (**Grupos 2-A e 2-B**) assinalou a alternativa “**nada**”.

Gráfico 4. Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 2.

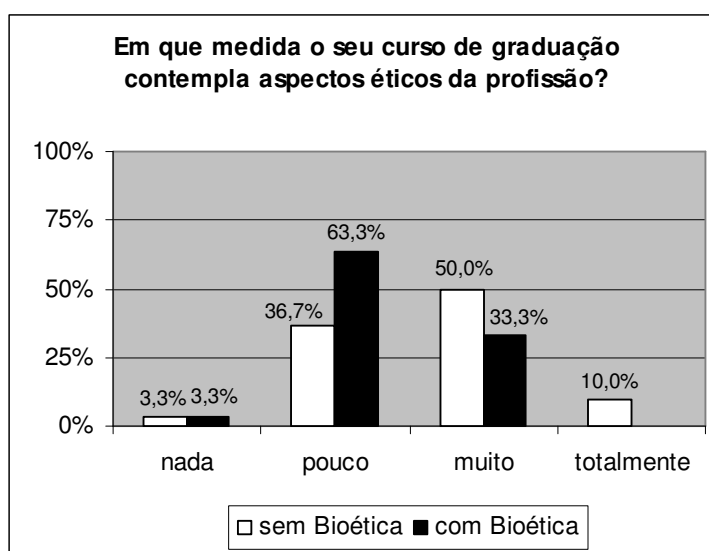


Fonte: pesquisa do autor (2006).

Pergunta n.º 3: **Em que medida o seu curso de graduação contempla/contemplou aspectos éticos da profissão?**

Dos estudantes, **40,0%** daqueles sem formação em Bioética (**Grupo 1-A**) e **66,6%** daqueles com formação (**Grupo 1-B**) avaliaram que seu curso de graduação contempla em **nada** ou **pouco** os aspectos éticos da profissão. Consideraram que tais aspectos foram **muito** ou **totalmente** abordados **60,0%** dos estudantes sem formação em Bioética (**Grupo 1-A**) e **33,3%** daqueles com formação (**Grupo 1-B**).

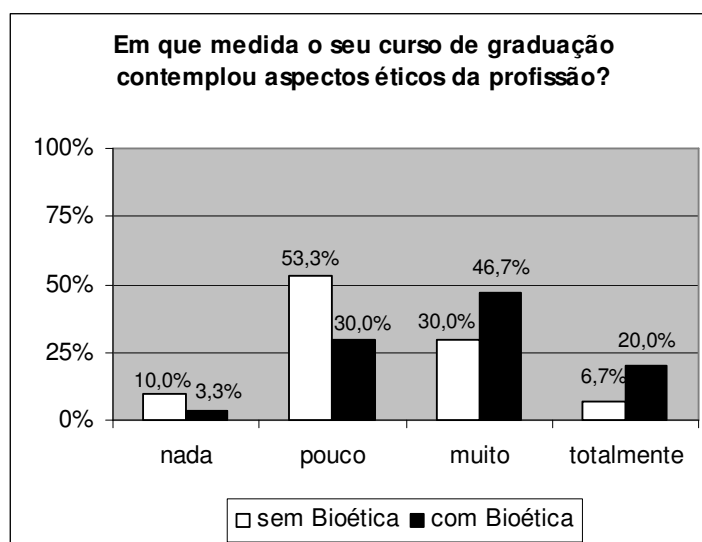
Gráfico 5. Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 3.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Já para o grupo dos profissionais, a maior parte daqueles sem formação em Bioética (**Grupo 2-A**) – **63,3%** – avaliou que seu curso de graduação contemplou em **nada** ou **pouco** aspectos éticos, ao passo que **66,7%** dos cirurgiões-dentistas com formação em Bioética (**Grupo 2-B**) entenderam ter havido **muita** ou **total** contemplação de tais aspectos.

Gráfico 6. Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 3.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Vê-se, pois, inversão nas respostas entre os grupos de estudantes (**Grupo 1**) e o de profissionais (**Grupo 2**) com relação à parte de domínio atitudinal do curso de graduação em Odontologia sob análise. Os estudantes com formação (**Grupo 1-B**) e os profissionais sem formação em Bioética (**Grupo 2-A**) é que avaliaram, em sua maioria, ocorrer pouca ou nenhuma abordagem dos aspectos éticos no curso de graduação.

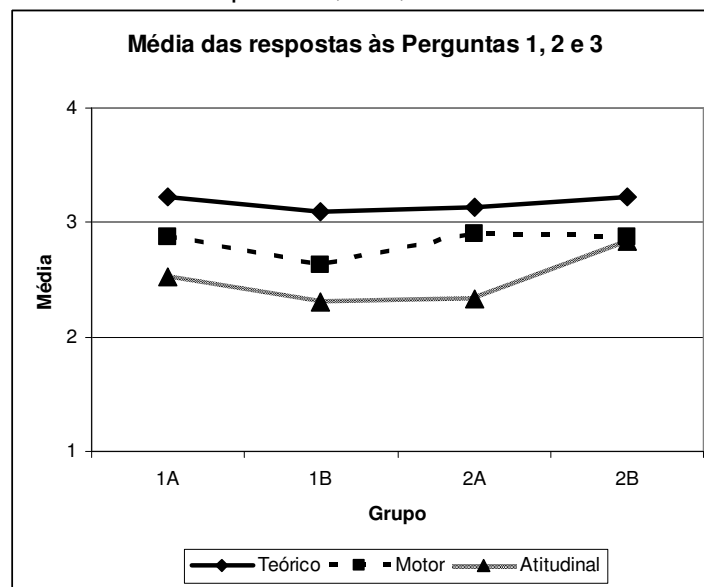
Assim como ocorreu nas respostas do grupo dos estudantes, os profissionais avaliaram que houve mais formação teórica, seguida da prática, do que formação ética em seu curso de graduação. Entretanto, a diferença entre as médias das respostas nos domínios teórico e ético, que obtiveram, respectivamente, os maiores e menores valores nos quatro grupos, apresentou-se invertida quando comparados estudantes e profissionais. Houve maior diferença para os **Grupos 1-B** e **2-A**.

Tabela 1. Média (Md) e Desvio-Padrão (DP) das respostas às Perguntas n.º 1, 2 e 3 e diferença de médias entre os domínios Teórico e Afetivo ($Md T - Md A$) – relacionada ao Gráfico 7.

Grupos	Sub-grupos	DOM. TEÓRICO		DOM. MOTOR		DOM. AFETIVO		$Md T - Md A$
		$Md T$	DP	$Md M$	DP	$Md E$	DP	
G-1 (Estud.)	A	3,20	0,484	2,97	0,556	2,67	0,711	0,53
	B	3,10	0,403	2,63	0,556	2,30	0,535	0,80
G-2 (Profis.)	A	3,13	0,507	2,90	0,548	2,33	0,758	0,80
	B	3,23	0,568	2,87	0,629	2,83	0,791	0,40

Fonte: pesquisa do autor (2006).

Gráfico 7. Médias das respostas às Perguntas n.º 1, 2 e 3, pelos participantes dos Grupos 1-A, 1-B, 2-A e 2-B.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Perguntas n.º 4, 5 e 6:

As perguntas de n.º 4, 5 e 6 também tiveram como objetivo levantar dados sobre os três domínios de formação, porém, desta vez, investigando-se o grau de satisfação dos entrevistado com relação a cada um dos três campos do saber.

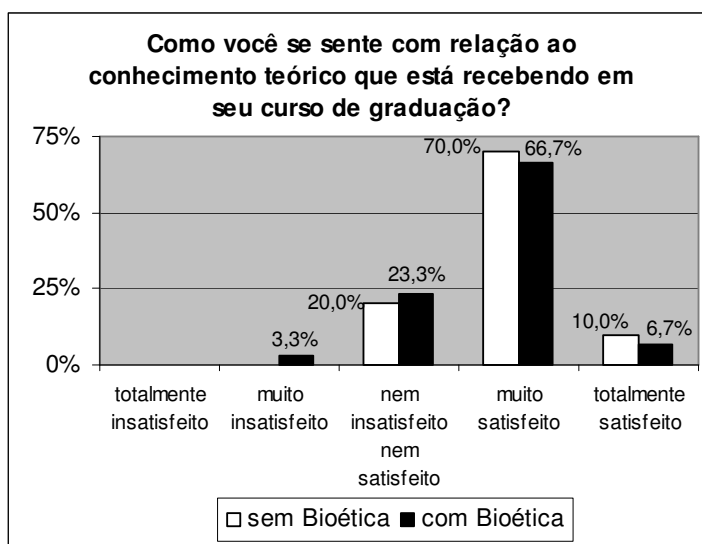
Estas perguntas foram aplicadas utilizando-se Escala *Likert* crescente de SATISFAÇÃO, de 5 pontos: **totalmente insatisfeito, muito insatisfeito, nem insatisfeito nem satisfeito, muito satisfeito, totalmente satisfeito.**

Pergunta n.º 4: **Como você se sente com relação ao conhecimento teórico que está recebendo/recebeu em seu curso de graduação?**

Estudantes e profissionais responderam de forma semelhante no que diz respeito à satisfação em relação ao conhecimento teórico no curso de graduação.

Para os estudantes, sobre o conhecimento teórico, manifestaram-se **muito** ou **totalmente satisfeitos 80,0%** dos entrevistados do **Grupo 1-A** (Estudantes sem formação em Bioética) e **73,4%** do **Grupo 1-B** (Estudantes com formação em Bioética). Ainda, **20,0%** do **Grupo 1-A** e **23,3%** do **Grupo 1-B** declararam-se **nem insatisfeitos nem satisfeitos**. Por fim, **3,3%** do **Grupo 1-B** assinalou a alternativa “**muito insatisfeito**” quanto ao conhecimento teórico recebido.

Gráfico 8. Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 4.

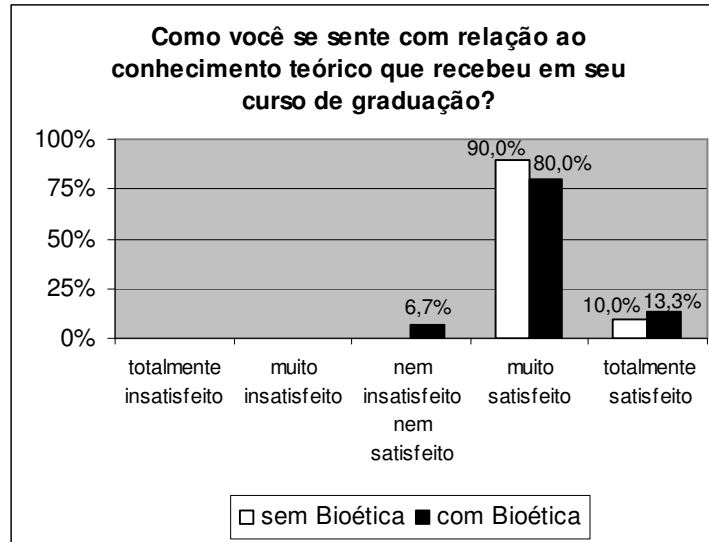


Fonte: pesquisa do autor (2006).

A totalidade (100,0%) dos profissionais sem formação em Bioética (**Grupo 2-A**) e **93,3%** daqueles com formação na área (**Grupo 2-B**) responderam sentir-se **muito** ou **totalmente satisfeitos** com relação ao conhecimento teórico. Apenas

6,7% dos respondentes do **Grupo 2-B** (Profissionais com formação em Bioética) declararam-se **nem insatisfeitos nem satisfeitos** com a abordagem teórica.

Gráfico 9. Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 4.

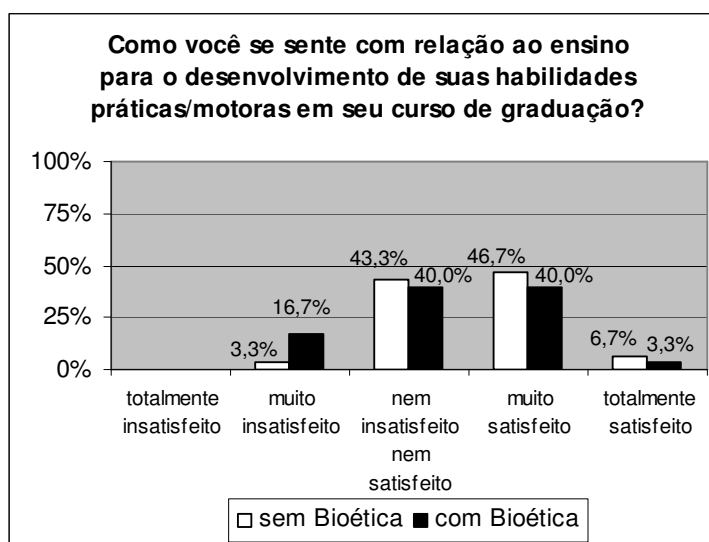


Fonte: pesquisa do autor (2006).

Pergunta n.º 5: **Como você se sente com relação ao ensino para o desenvolvimento de suas habilidades práticas/motoras em seu curso de graduação?**

Dos estudantes do **Grupo 1-A**, 53,4% manifestaram-se **muito** ou **totalmente satisfeitos** com o ensino para o desenvolvimento das habilidades práticas/motoras em seu curso de graduação. Para o **Grupo 1-B**, a frequência de tais respostas foi de 43,3%. Declararam-se **nem insatisfeitos nem satisfeitos** 43,3% e 40,0% dos entrevistados dos **Grupos 1-A** e **1-B**, respectivamente. A ocorrência de respostas na alternativa “**muito insatisfeito**” foi de 3,3% e 16,7% também para os **Grupos 1-A** e **1-B**. Nenhum estudante selecionou a alternativa “**totalmente insatisfeito**”.

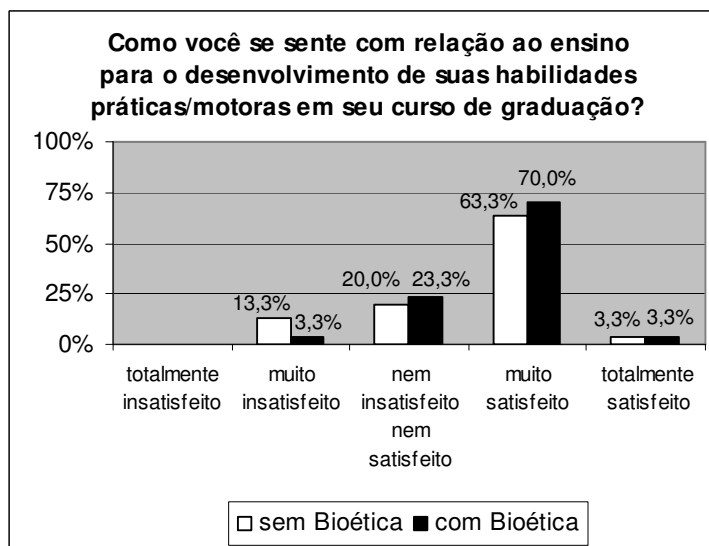
Gráfico 10. Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 5.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Os profissionais responderam com frequência de **66,6%** (**Grupo 2-A**) e **73,3%** (**Grupo 2-B**) nas alternativas “**muito satisfeito**” e “**totalmente satisfeito**”. As respostas na alternativa “**nem insatisfeito nem satisfeito**” foram, respectivamente, **20,0%** e **23,3%** para os **Grupos 2-A** e **2-B**. Declararam-se **muito insatisfeitos** **13,3%** do **Grupo 2-A** e **3,3%** do **Grupo 2-B**. Assim como ocorreu com os **Grupos 1-A** e **1-B**, a alternativa “**totalmente satisfeito**” não foi selecionada.

Gráfico 11. Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 5.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

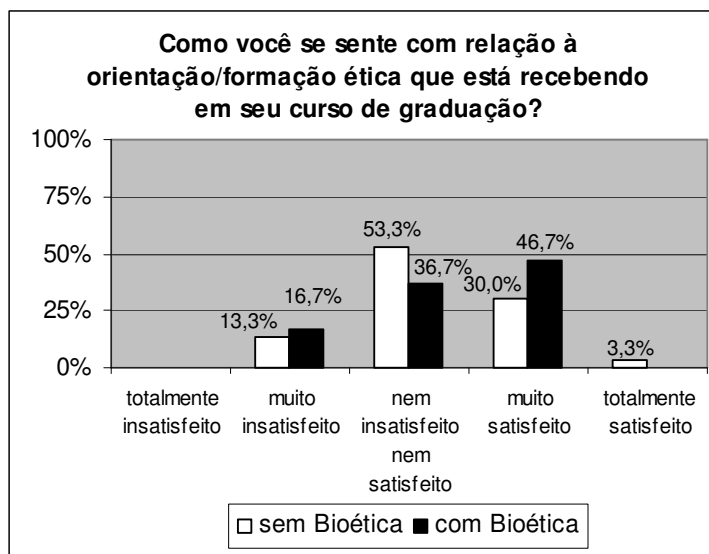
Pergunta n.º 6: **Como você se sente com relação à orientação/formação ética que está recebendo/recebeu em seu curso de graduação?**

Sobre a orientação/formação ética no curso de graduação, **30,0%** do **Grupo 1-A** e **46,7%** do **Grupo 1-B** manifestaram-se **muito satisfeitos**. Nenhum estudante, em ambos os grupos, declarou-se **totalmente insatisfeito**. E um estudante do **Grupo 1-A** (**3,3%/ n=1**) declarou-se **totalmente satisfeito**. Quanto aos profissionais, **36,7%** do **Grupo 2-A** e **56,7%** do **Grupo 2-B** responderam estar **muito** ou **totalmente satisfeitos** com este aspecto do curso.

A alternativa “**nem insatisfeito nem satisfeito**” foi assinalada por **53,3%** dos estudantes sem formação (**Grupo 1-A**) e **33,3%** dos profissionais sem formação (**Grupo 2-A**). Daqueles com formação, **36,7%** do **Grupo 1-B** e **23,3%** do **Grupo 2-B** escolheram esta alternativa.

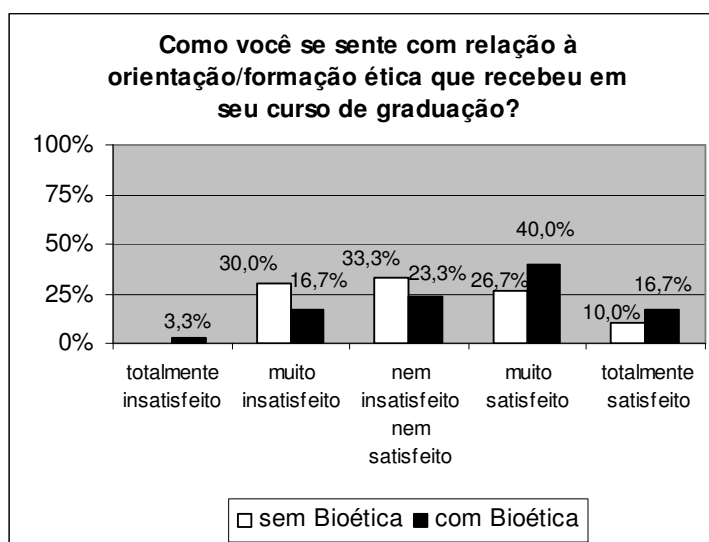
Disseram-se **muito insatisfeitos** **13,3%** dos respondentes do **Grupo 1-A**, **30,0%** do **Grupo 2-A**, **16,7%** do **Grupo 1-B** e **16,7%** do **Grupo 2-B**. A alternativa “**totalmente insatisfeito**” somente foi assinalada no **Grupo 2-B** (**3,3%/ n=1**).

Gráfico 12. Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 6.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Gráfico 13. Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 6.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Também nas escalas de satisfação, respondentes dos quatro grupos julgaram-se mais satisfeitos com a formação teórica, seguida da prática, vindo, por último, a satisfação com relação à orientação ética no curso de graduação.

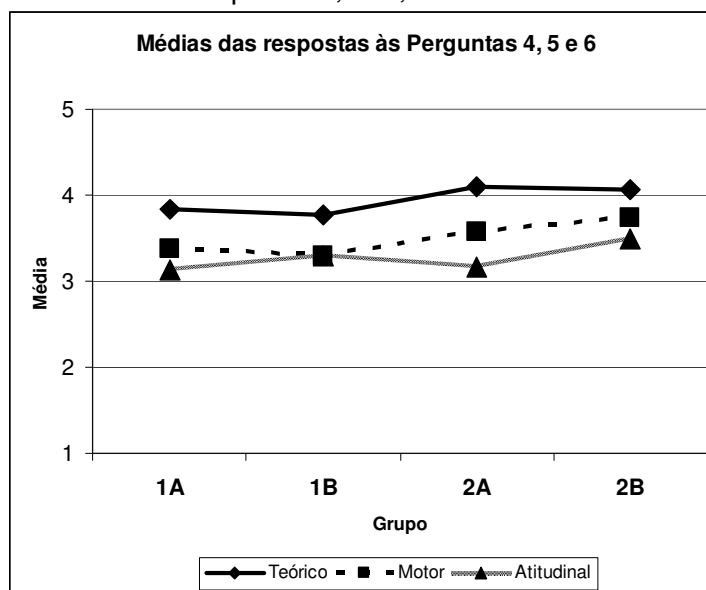
Nas escalas de satisfação, a diferença entre as médias das respostas nos domínios teórico e afetivo/atitude (campo da ética), que também alcançaram respectivamente seus maiores e menores valores nos quatro grupos, foi maior nos **Grupos 1-A e 2-A** – Estudantes e Profissionais sem formação em Bioética.

Tabela 2. Média (Md) e Desvio-Padrão (DP) das respostas às Perguntas n.º 4, 5 e 6 e diferença de médias entre os domínios Teórico e Afetivo ($Md T - Md A$) – relacionada ao Gráfico 14.

Grupos	Sub-grupos	DOM. TEÓRICO		DOM. MOTOR		DOM. AFETIVO		$Md T - Md A$
		$Md T$	DP	$Md M$	DP	$Md E$	DP	
G-1 (Estud.)	A	3,90	0,548	3,57	0,679	3,23	0,728	0,67
	B	3,77	0,626	3,30	0,794	3,30	0,750	0,47
G-2 (Profis.)	A	4,10	0,305	3,57	0,774	3,17	0,986	0,93
	B	4,07	0,450	3,73	0,583	3,50	1,075	0,57

Fonte: pesquisa do autor (2006).

Gráfico 14. Médias das respostas às Perguntas n.º 4, 5 e 6 pelos participantes dos Grupos 1-A, 1-B, 2-A e 2-B.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Conhecer a teoria a ser aplicada e exercitar a motricidade é inegavelmente fundamental para a formação em Odontologia. Surge, no entanto, a pergunta: O profissional que tem bom conhecimento teórico e habilidades psicomotoras é um profissional completo? Parece certo que não. Defende-se aqui a igual relevância da atenção e da formação também ao domínio das atitudes.

A formação profissional deve ser um processo em que o indivíduo saia capacitado para o trabalho, não como mero executor de tarefas, mas competente, capaz de criar, sempre aliando o pensar ao agir e fazer, socialmente engajado e comprometido ²¹. Tal competência profissional implica obviamente no domínio de conhecimentos científicos e técnicos, que são importantes e positivos, mas também na capacidade de analisar, de refletir e de posicionar-se no sentido de transformar as condições de saúde, de vida, dos assistidos. Estes aspectos são relacionados ao domínio das atitudes, igualmente relevante no processo de formação de futuros cirurgiões-dentistas.

As questões atitudinais, que ganham cada vez mais atenção, referem-se não somente à relação com o paciente, mas para com a sociedade como um todo, para com a coletividade, pois a ética assume hoje identidade e dimensão pública.

Outra pergunta: Qual o conteúdo adequado de um currículo de ética?

Em um polêmico artigo publicado no *Journal of Dental Education*, Bertolami ⁷⁶ (2004) alegou que os currículos de ética não funcionam e procurou justificar sua afirmação. Disse o autor que o que se faz usualmente é ensinar sobre ética, o que entende como diferente de ensinar ética, no sentido de se esperar que o comportamento mude como resultado daquilo que é ensinado. Manifestou-se quanto aos currículos de ética em Odontologia como inadequados em conteúdo e forma, em uma extensão tal que não cultivam uma orientação introspectiva para a vida profissional. Ainda, apontou três fraquezas específicas em um típico currículo de ética: 1) falha em reconhecer que mais formação não é a resposta para tudo; 2) ética como enfadonho; e 3) o conteúdo como qualitativamente inadequado porque não promove uma base introspectiva para uma verdadeira mudança de comportamento. Por fim, o autor apresentou sua proposta de inovação através de um pré-currículo, bem cedo na experiência da formação odontológica, para resolver a falta de ligação entre conhecimento e ação ^{76,77,78,79}.

Como bem cedo, descreveu o referido autor ser no começo do primeiro ano; e, como pré-currículo, quis dizer antes de se ter contato com os conteúdos ou disciplinas de ética ⁷⁶. Quanto ao momento da abordagem da ética, Berk ⁸⁰ (2001) salienta que a associação entre ética e cuidados ao paciente é óbvia e importante, mas evidencia que a sensibilidade e o comportamento ético são também necessários antes mesmo dos estudantes iniciarem sua experiência clínica. Este último estudioso também aponta como tendência a inserção da orientação ética logo no primeiro ano do curso, como início, e sua continuidade com crescente aplicabilidade no decorrer da experiência de formação do estudante.

Durante as três últimas décadas, educadores em Odontologia têm evidenciado a necessidade da formação ética e estudado variados enfoques. Atualmente, o que se preconiza em educação da ética mudou de mera instrução didática para métodos de ensino mais interativos, que promovam a introspecção do estudante e a discussão de problemas em grupo ⁸⁰.

É necessária formação e exercício para se tornar virtuoso. A dificuldade em se fazer a transição entre teoria e prática é um problema que se conhece na formação profissional, especialmente em cursos como a Odontologia, que envolve amplamente os três domínios. Esta dificuldade se aplica também aos ensinamentos da ética. Capacitar o estudante para reconhecer-se em uma questão de decisão ética e, então, agir de acordo com aquilo que aprendeu, dando vida ao abstrato, é o

que se almeja em uma orientação ética na formação profissional. Como se chegar a isso é que é o ponto a ser discutido ⁷⁶.

O que é necessário para agir? Como a Bioética pode contribuir para romper com a inércia da prática?

Deve-se trabalhar conteúdos, questões, que provoquem significativa reflexão, de forma introspectiva e crítica. Os modelos de análise também representam possibilidades diferentes. Defende-se que disciplinas como a Bioética, a Deontologia e a Saúde Coletiva, guardadas as suas abordagens específicas, têm um papel fundamental na formação de um cirurgião-dentista. Em específico, quando se busca o perfil desejado pelas diretrizes curriculares nacionais e pela sociedade.

As três tratam de valores, costumes, cultura, realidade; evidenciam o outro, o assistido, individual e socialmente considerado. Sobre o potencial de contribuição da Bioética, objeto desta análise, parte-se da premissa de oferecer ela possibilidade de aproximação entre teoria e prática por ser ética aplicada, pautada nos conflitos morais do cotidiano, em uma abordagem afirmativa e não restritiva ou punitiva.

Sobre a discussão entre o discurso e a prática, é certo que a deliberação de conduta parte do fôro íntimo, que a coerência ética é resultante da ponderação entre emoção e razão. Daí, ser a iniciativa de associação entre o que se sabe e o quê ou como aplicar, sem dúvida, pessoal. A inércia ou omissão pode, portanto, ser entendida como indiferença; e a indiferença, como ausência da ética.

Assertivas/Perguntas n.º 7,8 e 9:

Para as assertivas/perguntas 7, 8 e 9, utilizou-se Escala *Likert* crescente de QUALIDADE, de 5 pontos: **péssimo(a), ruim, razoável, bom(boa), ótimo(a)**.

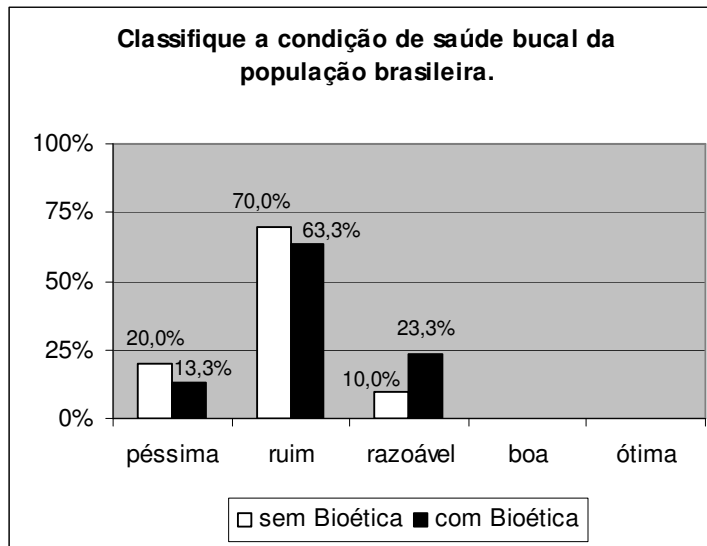
Três foram as assertivas/perguntas que avaliaram a opinião dos entrevistados a respeito da realidade em saúde bucal brasileira: a primeira, sobre a condição de saúde bucal da população; a segunda, sobre o acesso da comunidade a serviços de atenção em saúde bucal; e a última, sobre a auto-percepção do respondente de seu envolvimento/engajamento com a realidade brasileira em saúde bucal.

Assertiva/Pergunta n.º 7: **Classifique a condição de saúde bucal da população brasileira.**

Os estudantes e os profissionais classificaram de forma muito semelhante a condição de saúde bucal da população brasileira: grande parte dos entrevistados em todos os quatro grupos a classificaram como **péssima** ou **ruim**, a ver: **Grupo 1-A – 90,0%**; **Grupo 1-B – 76,6%**; **Grupo 2-A – 86,7%**; **Grupo 2-B – 93,3%**.

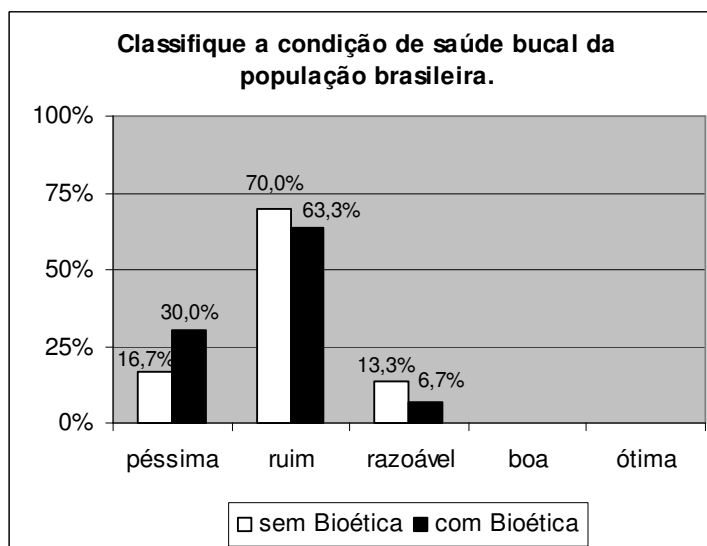
Complementando, marcaram a alternativa “razoável” **10,0%** do **Grupo 1-A**; **23,3%** do **Grupo 1-B**; **13,3%** do **Grupo 2-A** e **6,7%** do **Grupo 2-B**. Nenhum respondente marcou como “boa” ou “ótima” a saúde bucal da população brasileira.

Gráfico 15. Respostas dos estudantes à Assertiva/Pergunta n.º 7.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Gráfico 16. Respostas dos profissionais à Assertiva/Pergunta n.º 7.



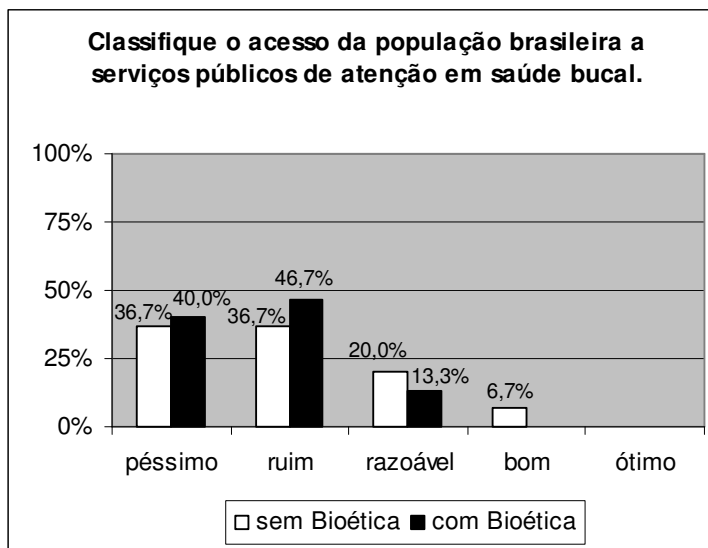
Fonte: pesquisa do autor (2006).

Assertiva/Pergunta n.º 8: **Classifique o acesso da população brasileira a serviços públicos de atenção em saúde bucal.**

No que tange ao acesso da população brasileira a serviços de atenção em saúde bucal, há semelhanças na distribuição das respostas dos estudantes e aquelas dos profissionais. Os estudantes classificaram o acesso a serviços de saúde bucal como **péssimo** ou **ruim** em sua grande maioria: **73,4%** dos que compõem o **Grupo 1-A** e **86,7%** daqueles do **Grupo 1-B**. De forma semelhante, os profissionais, também em sua maioria, entendem ser o acesso **péssimo** ou **ruim** (**90,0%** - **Grupo 2-A** e **100,0%** - **Grupo 2-B**).

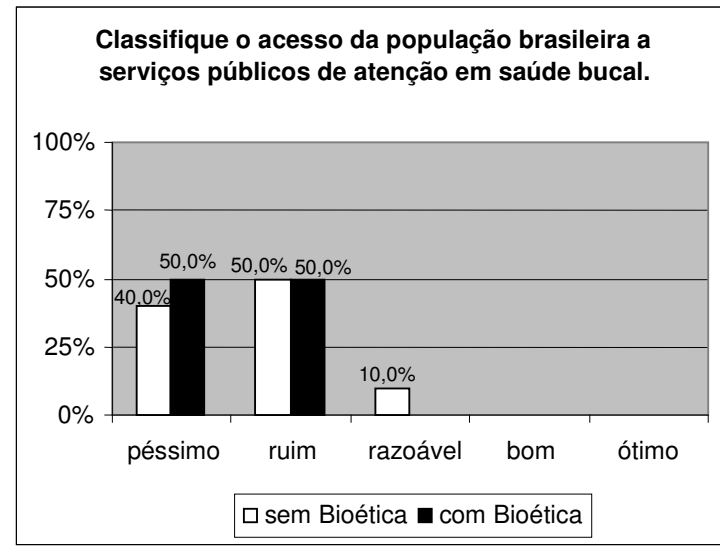
As demais respostas ocorreram nas seguintes freqüências no grupo dos estudantes: “**razoável**” com **20,0%** no **Grupo 1-A** e **13,3%** no **Grupo 1-B**; “**bom**” com **6,7%** no **Grupo 1-A** e **0%** no **Grupo 1-B**; “**ótimo**” com **0%** em ambos os grupos (**Grupos 1-A e 1-B**). No grupo dos profissionais, as outras alternativas, cujas freqüências de respostas ainda não foram mencionadas, são: **10,0%** do **Grupo 2-A** e **0%** do **Grupo 2-B** para “**razoável**”; não tendo havido, nos **Grupos 2-A e 2-B** respostas nas alternativas “**bom**” e “**ótimo**”.

Gráfico 17. Respostas dos estudantes à Assertiva/Pergunta n.º 8.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Gráfico 18. Respostas dos profissionais à Assertiva/Pergunta n.º 8.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

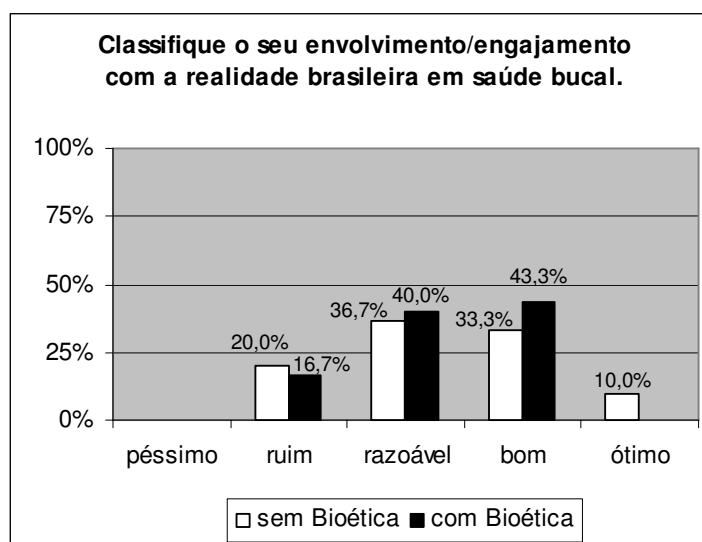
Assertiva/Pergunta n.º 9: **Classifique o seu envolvimento/engajamento com a realidade brasileira em saúde bucal.**

Para a terceira e última pergunta com Escala de QUALIDADE, estudantes e profissionais se auto-avaliaram com diferenças de freqüências a respeito de seu envolvimento com a realidade brasileira em saúde bucal, o que leva a pressupor confusão ou indefinição dos respondentes sobre o item.

As respostas dos estudantes para cada uma das alternativas foi: **0%** para "péssimo" nos dois grupos; **20,0%** do **Grupo 1-A** e **16,7%** do **Grupo 1-B** para "ruim"; **36,7%** do **Grupo 1-A** e **40,0%** do **Grupo 1-B** para "razoável"; **33,3%** do **Grupo 1-A** e **43,3%** do **Grupo 1-B** para "bom"; e **10,0%** do **Grupo 1-A** e **0%** do **Grupo 1-B** para "ótimo".

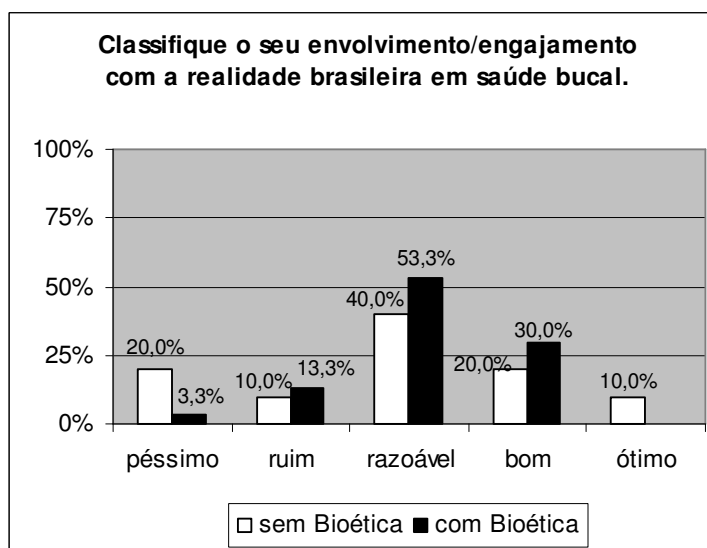
Assim responderam os profissionais: **20,0%** do **Grupo 2-A** e **3,3%** do **Grupo 2-B** como "péssimo"; **10,0%** do **Grupo 2-A** e **13,3%** do **Grupo 2-B** como "ruim"; **40,0%** do **Grupo 2-A** e **53,3%** do **Grupo 2-B** como "razoável"; **20,0%** do **Grupo 2-A** e **30,0%** do **Grupo 2-B** como "bom"; e **10,0%** do **Grupo 2-A** e **0%** do **Grupo 2-B** como "ótimo".

Gráfico 19. Respostas dos estudantes à Assertiva/Pergunta n.º 9.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Gráfico 20. Respostas dos profissionais à Assertiva/Pergunta n.º 9.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

É relevante trazer, na apresentação dos resultados sobre tema da saúde bucal coletiva, os dados referentes ao campo de atuação dos profissionais entrevistados. Do **Grupo 2-A**, **57,1%** dos cirurgiões-dentistas trabalham no **setor privado**; **17,9%**, no **setor público**; e **25,0%** atuam em **ambos**. Do **Grupo 2-B**, **50,0%** atuam no **setor privado**; **14,3%** no **setor público** e **35,7%** trabalham nos **dois setores**. Se considerados aqueles que atuam nos dois setores como parte

integrante de cada um deles, obtém-se a seguinte distribuição: a) **Grupo 2-A: 82,1%** atuam no **setor privado** e **42,9%** no **público**, representando uma proporção em que o número de CDs entrevistados que não fizeram Bioética é **1,91 vezes maior** no setor privado que no público; b) **Grupo 2-B: 85,7%** atuam no **setor privado** e **50,0%** no **público**, representando uma diferença na proporção de **1,71 vezes maior** para os que atuam no setor privado em comparação com os do setor público. Ou seja, os profissionais da amostra com formação em Bioética estão mais inseridos no setor público que aqueles sem tal formação.

Importa aqui retomar a discussão de que o modelo tradicional de ensino odontológico, flexneriano, tem suas bases no biologicismo, no tecnicismo, no individualismo, na fragmentação e na atuação curativa, sem o reconhecimento e aplicação de práticas alternativas e de uma visão integrada do processo saúde-doença ¹².

Vale ainda ressaltar as observações de Portillo ¹⁴ (1998) sobre este modelo de ensino técnico, que, por se expressar na cura e ser centrado no atendimento clínico e não na devida consideração do paciente, não é capaz de responder às demandas da população, principalmente tendo em vista a proposta de atenção vigente no Brasil: o Sistema Único de Saúde – SUS.

O enfoque pautado no paradigma racionalista, passa a ter que ser substituído por uma abordagem multi e interdisciplinar, em que os conteúdos se interpenetram, comunicam-se. Há que se passar da formação voltada para a prática autônoma, privada, para a perspectiva formadora de uma visão estimuladora de ação transformadora em âmbito público, social, coletivo. De acordo com esse modelo, é preciso ver a totalidade e unicidade da prática odontológica, para que seja formado um profissional generalista, com boa formação técnico-científica, humanística e ética, orientado para a leitura crítica da realidade e estimulado e capaz de fazer promoção de saúde ¹⁷.

Assertivas/Perguntas n.º 10, 12 e 13:

No contexto da relação profissional-paciente, três foram as perguntas no questionário aplicado. Uma delas, a de número 10, utilizou a Escala *Likert* crescente de FREQUÊNCIA, de cinco pontos: **nunca, raramente, às vezes, freqüentemente,**

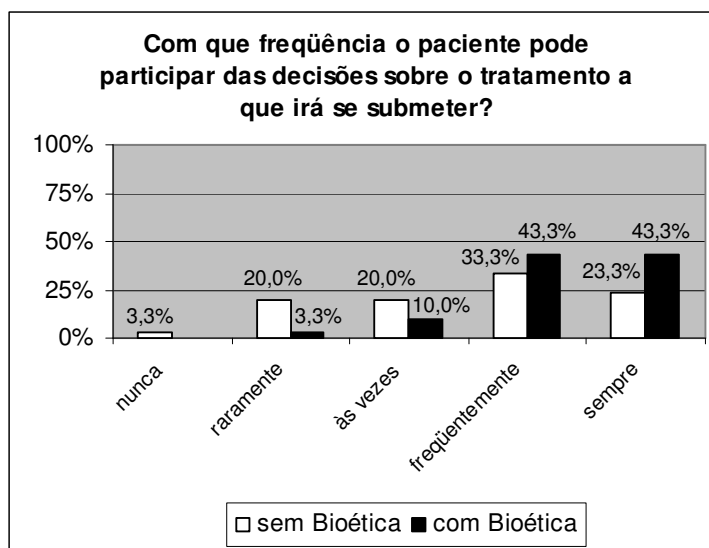
sempre. Duas outras, de números 12 e 13, utilizaram Escala *Likert* crescente de CONCORDÂNCIA, igualmente de 5 pontos: **discordo totalmente, discordo em grande parte, nem discordo nem concordo, concordo em grande parte, concordo totalmente**.

Pergunta n.º 10: **Com que freqüência o paciente pode participar das decisões sobre o tratamento a que irá se submeter?**

Ao serem indagados sobre com que freqüência o paciente pode participar das decisões sobre o tratamento ao qual irá se submeter, os profissionais apresentaram um resposta mais homogênea, representativa de duas alternativas: “**freqüentemente**” e “**sempre**” (**16,7%** do **Grupo 2-A** e **30,0%** do **Grupo 2-B** na primeira, e **63,3%** do **Grupo 2-A** e **66,7%** do **Grupo 2-B** na segunda). Embora os estudantes tenham respondido a tal quesito com freqüências mais dispersas nas cinco opções de alternativas, também houve prevalência de escolha das mesmas duas eleitas pelos profissionais (“**freqüentemente**” e “**sempre**”), com a seguinte distribuição: **33,3%** do **Grupo 1-A** e **43,3%** do **Grupo 1-B** assinalaram “**frequentemente**” e **23,3%** do **Grupo 1-A** e **43,3%** do **Grupo 1-B** marcaram “**sempre**”.

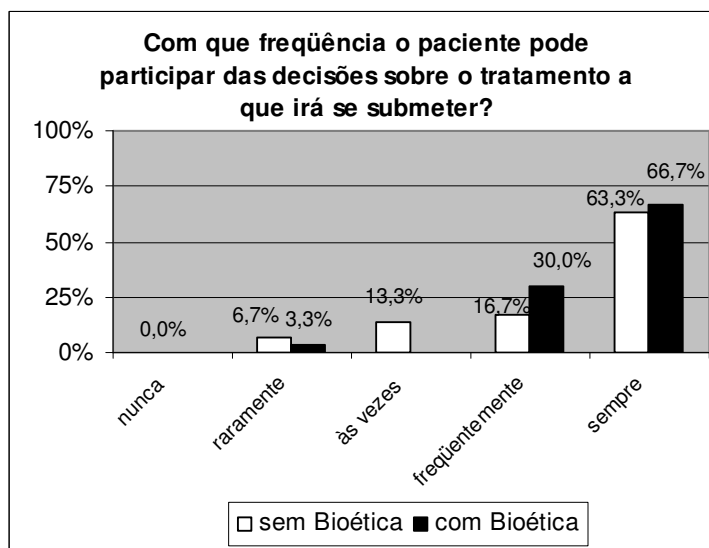
Quando agrupadas as alternativas “**freqüentemente**” e “**sempre**”, tem-se que **56,6%** dos estudantes do **Grupo 1-A** e **80,0%** dos profissionais do **Grupo 2-A** e **86,6%** dos estudantes do **Grupo 1-B** e **96,7%** dos profissionais do **Grupo 2-B** deram suas respostas escolhendo um destes dois pontos de freqüência. Vê-se, pois, que os dois grupos com formação em Bioética – estudantes e profissionais – têm maiores freqüências de respostas em tais alternativas se comparados àqueles sem formação.

Gráfico 21. Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 10.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Gráfico 22. Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 10.



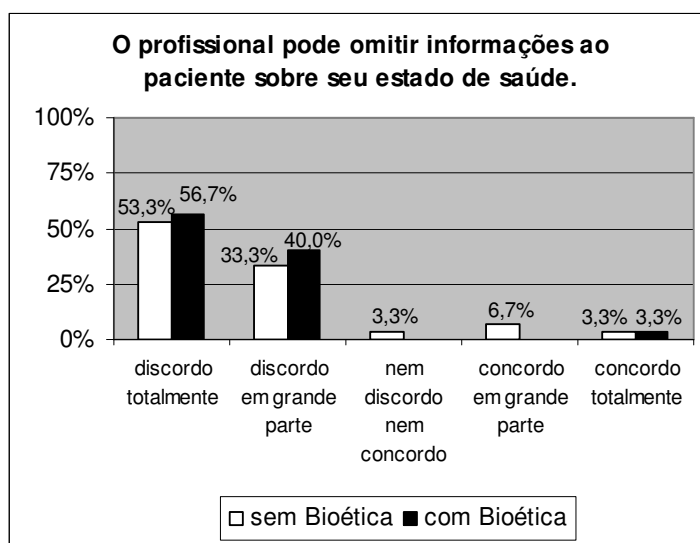
Fonte: pesquisa do autor (2006).

Em Escala *Likert* de CONCORDÂNCIA, as outras duas assertivas sobre o tema da relação profissional-paciente foram: 12) **O profissional pode omitir informações ao paciente sobre seu estado de saúde** e 13) **O profissional deve dialogar com o paciente sobre a oportunidade e conveniência do tratamento a ser realizado.**

Assertiva/Pergunta n.º 12: **O profissional pode omitir informações ao paciente sobre seu estado de saúde.**

A distribuição de respostas para a assertiva/pergunta 12 se deu da seguinte maneira: **53,3%** dos estudantes do **Grupo 1-A** e **56,7%** daqueles do **Grupo 1-B** disseram **discordar totalmente** da afirmação, seguidos por **33,3%** do **Grupo 1-A** e **40,0%** do **Grupo 1-B**, que **discordaram em grande parte** dela. **Nem discordaram nem concordaram 3,3% (n=1)** dos estudantes sem formação (**Grupo 1-A**) e **0%** daqueles com formação em Bioética (**Grupo 1-B**). **Concordaram em grande parte** com a assertiva **6,7%** dos participantes do **Grupo 1-A** e **0%** do **Grupo 1-B**. Nos **Grupos 1-A e 1-B**, iguais **3,3%** **concordaram totalmente**.

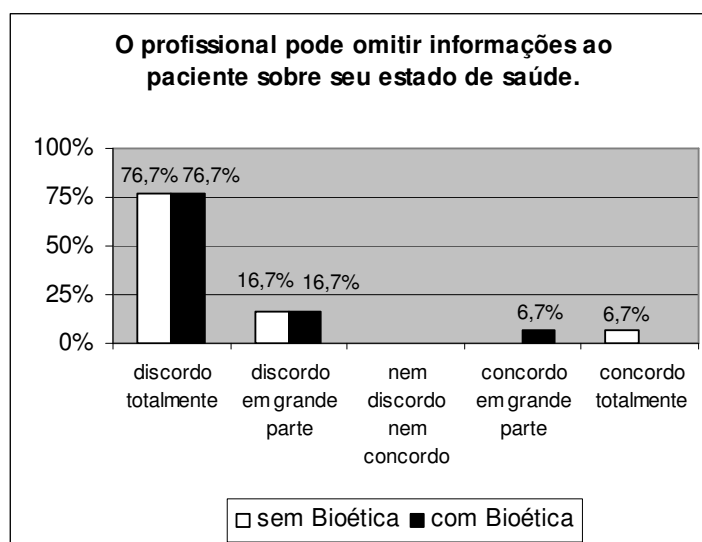
Gráfico 23. Respostas dos estudantes à Assertiva/Pergunta n.º 12.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Neste mesmo quesito, iguais **76,7%** dos profissionais sem e com formação em Bioética (**Grupos 2-A e 2-B**) dele **discordaram totalmente**, seguidos de também iguais **16,7%** dos **Grupos 2-A e Grupo 2-B**, que **discordaram em grande parte**. Ainda, **6,7%** do **Grupo 2-B** e do **Grupo 2-A** assinalaram, respectivamente, “**concordo em grande parte**” e “**concordo totalmente**”. Nenhum dos profissionais assinalou a alternativa “**nem concordo nem discordo**”.

Gráfico 24. Respostas dos profissionais à Assertiva/Pergunta n.º 12.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

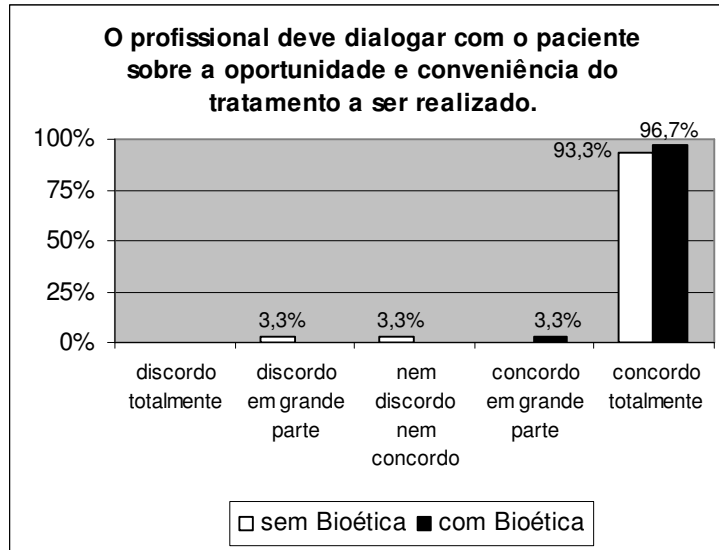
Assertiva/Pergunta n.º 13: **O profissional deve dialogar com o paciente sobre a oportunidade e conveniência do tratamento a ser realizado.**

Quanto à assertiva 13, a grande maioria dos estudantes, de ambos os grupos, escolheram a alternativa “**concordo totalmente**” (93,3% do **Grupo 1-A** e 96,7% do **Grupo 1-B**). Apenas para registro, a alternativa “**concordo em grande parte**” foi assinalada somente pelo **Grupo 1-B**, em frequência de 3,3% (n=1), sendo que este grupo não escolheu quaisquer das outras três respostas. Ao passo que 3,3% (n=1) do **Grupo 1-A** **nem discorda nem concorda** e, em mesma porcentagem, **discorda em grande parte**. Nenhum estudante discordou totalmente da assertiva 13.

Sobre as respostas dos profissionais para esta mesma assertiva, obteve-se resultados similares aos descritos anteriormente (para os estudantes): 96,7% dos profissionais do **Grupo 2-A** e 83,3% dos do **Grupo 2-B** **concordaram totalmente** sobre dever o profissional dialogar com o paciente a respeito da oportunidade e conveniência do tratamento a que irá se submeter. **Concordaram em grande parte** 3,3% (n=1) dos CDs sem formação (**Grupo 2-A**) e 10,0% daqueles com formação em Bioética (**Grupo 2-B**). Não houve respostas de qualquer profissional nas alternativas “**nem discordo nem concordo**” e “**discordo em grande parte**”.

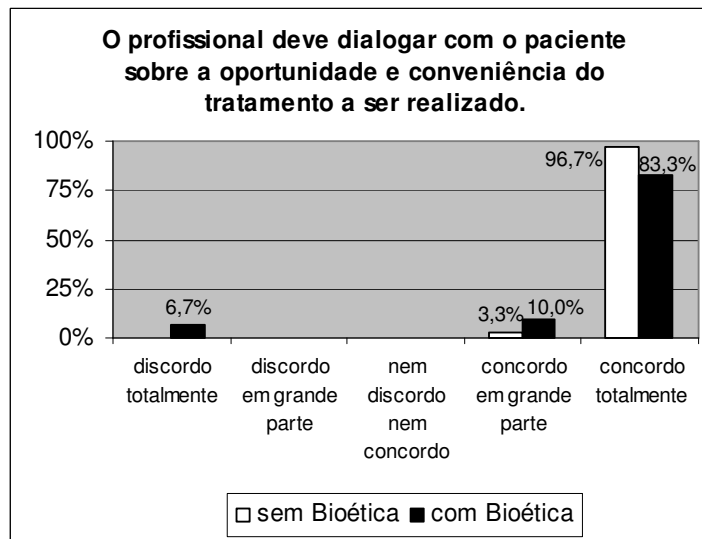
Somente entrevistados do **Grupo 2-B** assinalaram alternativa “**discordo totalmente**”, cuja freqüência foi de **6,7%**.

Gráfico 25. Respostas dos estudantes à Assertiva/Pergunta n.º 13.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Gráfico 26. Respostas dos profissionais à Assertiva/Pergunta n.º 13.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

A comunicação entre o profissional da saúde e seu paciente é um aspecto de grande importância na atualidade, por sua direta relação com o respeito à liberdade, à individualidade e aos direitos do assistido.

De acordo com o atual conceito de “consentimento informado” ou “consentimento livre e esclarecido”, o paciente tem o direito de saber exatamente quais os procedimentos propostos/planejados pelo profissional da saúde que lhe assiste, devendo receber informação adequada e completa, no que tange a alternativas, passos, materiais, técnicas, vantagens, desvantagens, benefícios, malefícios, cuidados, riscos e até custos ⁸¹.

Graham e Harel-Raviv ⁸¹ (1997) alertam para o fato de que as pessoas estão atualmente muito mais cômicas de seu direito de tomar decisões pautadas em informações esclarecedoras, nelas incluídas as referentes às questões de saúde em geral, devendo os provedores de assistência em saúde estar atentos e ser receptivos às expectativas e perguntas de seus pacientes, não apenas pela questão moral/ética do respeito pelo outro, mas também pelos possíveis desdobramentos legais em um eventual conflito de interesses. Complementam os autores haver controvérsias sobre a quantidade de informação a ser repassada ao paciente para que o consentimento ocorra e seja válido, mas evidenciam que este conceito está em expansão.

O paciente, mais consciente de seus direitos e prerrogativas de cidadania, hoje questiona ou até se insurge contra equívocos ou erros profissionais, não só aqueles relacionados à técnica odontológica – ou seja, referentes ao diagnóstico ou às possibilidades terapêuticas –, mas também com referência aos erros de conduta, quando não observados os deveres de humanidade na relação profissional-paciente.

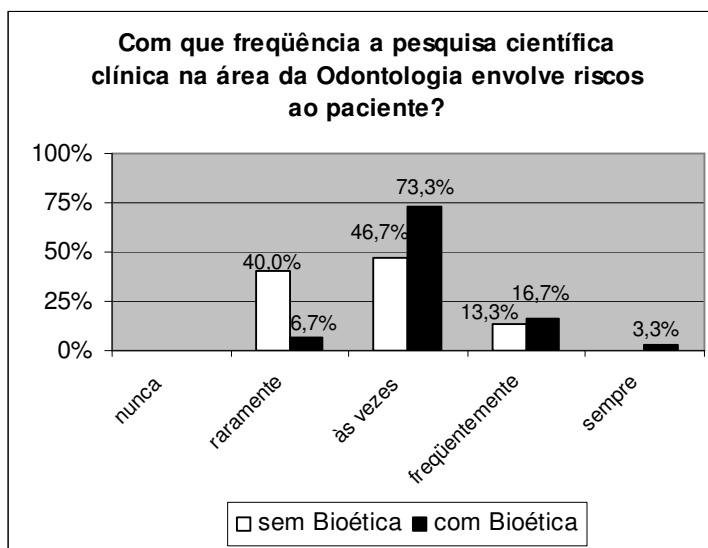
Pergunta n.º 11: Com que frequência a pesquisa científica clínica na área da Odontologia envolve riscos ao paciente?

A pergunta de número 11 dizia respeito a riscos ao paciente quando participante de pesquisa científica na área da Odontologia, em Escola *Likert* crescente de FREQUÊNCIA, de 5 pontos: **nunca, raramente, às vezes, frequentemente, sempre.**

A maior parte dos estudantes (**46,7% do Grupo 1-A e 73,3% do Grupo 1-B**) acredita que a pesquisa científica clínica na área da Odontologia **às vezes** envolve riscos ao paciente. A segunda alternativa mais assinalada, por **40,0% do Grupo 1-A**, foi a **“raramente”**, ou seja, estes estudantes sem formação em Bioética julgam que este tipo de pesquisa **raramente** envolve riscos ao paciente, enquanto apenas **6,7%** daqueles estudantes com formação em Bioética consideram **raramente** haver riscos. Há mais estudantes com formação em Bioética com respostas nas alternativas **“frequentemente”** e **“sempre”** (**20,0%**) que entre as de **“nunca”** e **“raramente”**.

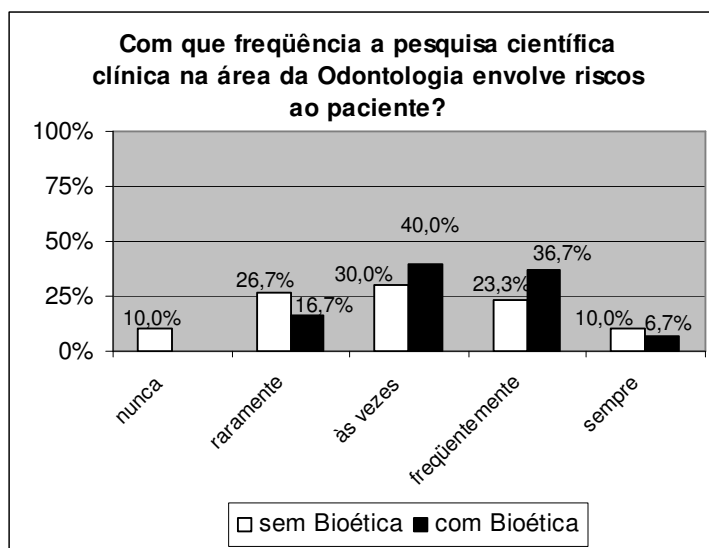
Devido à dispersão das respostas no grupo dos profissionais, há altos valores de desvio-padrão com relação a este quesito (2A → 1,159; 2B → 0,844).

Gráfico 27. Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 11.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Gráfico 28. Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 11.



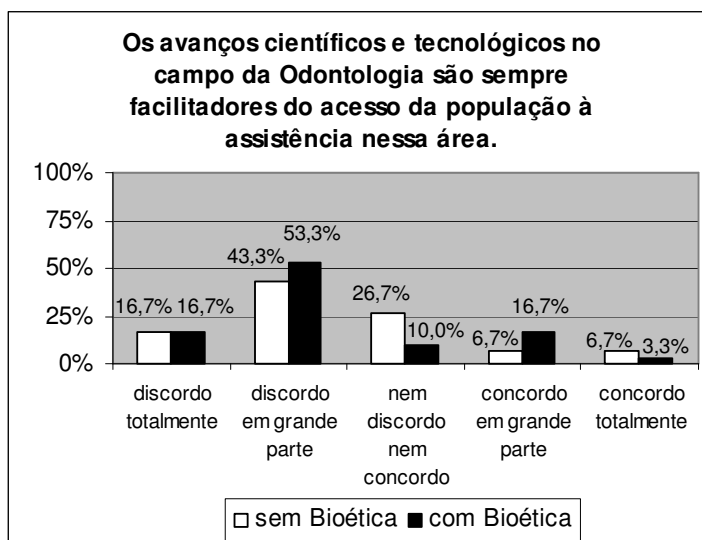
Fonte: pesquisa do autor (2006).

Assertiva/Pergunta n.º 14: **Os avanços científicos e tecnológicos no campo da Odontologia são sempre facilitadores do acesso da população à assistência nessa área.**

A última pergunta, de número 14, tratava da relação entre avanços científicos e tecnológicos no campo da Odontologia e o acesso da população à assistência nessa área.

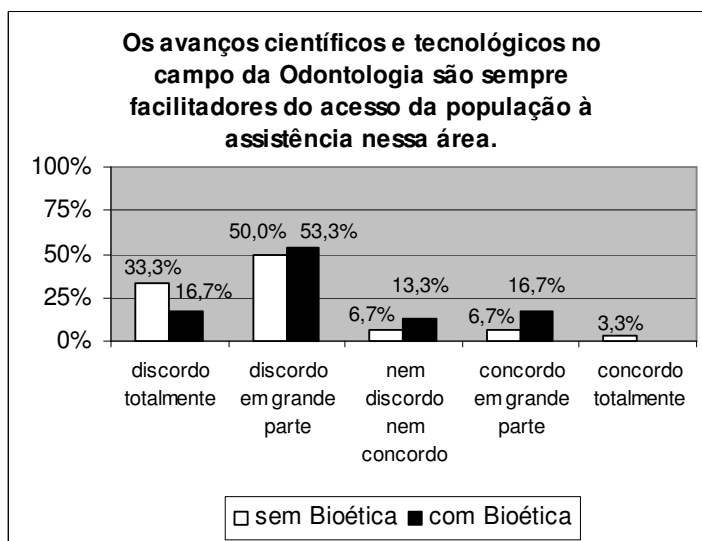
Nos quatro grupos, as alternativas mais eleitas foram as de discordância – “**discordo totalmente**” e “**discordo em grande parte**” –, com frequências somadas para os dois itens de **60,0%** no **Grupo 1-A** e **70,0%** no **Grupo 1-B** e **83,3%** no **Grupo 2-A** e **70,0%** no **Grupo 2-B**.

Gráfico 29. Respostas dos estudantes à Pergunta n.º 14.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Gráfico 30. Respostas dos profissionais à Pergunta n.º 14.



Fonte: pesquisa do autor (2006).

Os constantes e acelerados avanços científicos e tecnológicos, tão evidentes em todo o campo da saúde nas últimas décadas, e que vão desde novas técnicas ao uso de novos materiais na prática profissional, alguns de interação biológica, não são acompanhados de adequada reflexão moral.

A ciência produz conhecimentos a passos largos, deles se apropria a tecnologia, colocando-os como produto a ser comprado, com inegáveis aplicações positivas, mas consideráveis repercussões excludentes.

A utilização ou mesmo priorização acrítica de novas possibilidades científico-tecnológicas tem desdobramentos ético-morais, uma vez que podem levar à exclusão, por virem associadas a altos custos.

3. Dos Dados Qualitativos – Entrevistas Semi-estruturadas

A seguir, serão descritos e discutidos os resultados obtidos com as 12 (doze) entrevistas semi-estruturadas, feitas com 03 (três) indivíduos de cada grupo, escolhidos aleatoriamente entre os respondentes dos questionários.

A descrição qualitativa dos dados observará a ordem das perguntas elaboradas como roteiro pré-estabelecido para as entrevistas. Como a técnica de análise será a de Análise de Conteúdo – Análise Categorial / Análise Temática, serão transcritas as Unidades de Registro (no caso: o tema) e as Unidades de Contexto (que são segmentos da mensagem). Ainda, em atenção aos objetivos específicos do estudo, estes também serão descritos ao lado de cada pergunta.

1. O que você entende por “Ética”?

Área Temática 3 – Ética, Bioética e Deontologia

2.2. Investigar se a formação em Bioética possibilita uma melhor distinção entre as diferentes acepções/concepções do termo “ética”.

2.3. Verificar se a formação em Bioética possibilita um melhor discernimento entre “ética deontológica” e “bioética”, como “ética aplicada”.

Com esta pergunta, buscava-se verificar se o entrevistado associaria a palavra “ética” tão somente à “ética deontológica”, por ser esta a formação mais comumente oferecida nos cursos de Odontologia, e, de uma maneira geral, nos demais cursos das ciências da saúde. Teve o objetivo de identificar a que acepção/modelo de análise ética iria se referir o entrevistado.

As seguintes transcrições são representativas da compreensão dos estudantes sem formação em Bioética (**Grupo 1-A**) sobre o termo ética:

“Ética eu entendo como sendo uma relação entre não só profissionais, mas como todas as pessoas, de uma forma harmoniosa e não... Como se diz? Querendo disputar com o outro, ofender, só que sem dizer diretamente para a pessoa. É o que eu entendo por Ética.” (Grupo 1-A)

“Ética é uma postura do profissional diante da profissão, diante do paciente, diante da comunidade em si.” (Grupo 1-A)

Ainda, os três entrevistados do **Grupo 1-A** disseram não conhecer o termo “Deontologia” e deram respostas pouco elaboradas sobre “Ética Profissional”.

Para a mesma pergunta, vale transcrever os seguintes fragmentos de entrevista dos estudantes do **Grupo 1-B**, com formação em Bioética:

“Para mim, ética é um conjunto de valores que rege, orienta as pessoas em condutas umas com as outras, como se portar uma com as outras, em relação ao meio ambiente também.” (Grupo 1-B)

“Um conjunto de regras, valores morais, que guiam as atitudes das pessoas e profissionais.” (Grupo 1-B)

Os estudantes do **Grupo 1-B**, com formação em Bioética, relataram conhecer os termos “Deontologia” e “Ética Profissional” e se manifestaram de forma mais pertinente com relação aos dois, tendo sido feita a devida associação com conjunto de regras, normas, deveres, com menção a representar esta “uma forma mais prescritiva, mais objetiva” de ética. Foi também mencionado o fato de estarem contidas no Código de Ética da Profissão e reconhecida a possibilidade de punição, aplicação de penalidades, no caso de não observância.

Os profissionais do **Grupo 2-A**, sem formação em Bioética, resumiram sua compreensão sobre o termo “Ética” da seguinte forma:

“Ética, de modo geral, é uma parte da Filosofia. Bom, em uma descrição sucinta da coisa, é o seguinte: eu vou fazer ao meu próximo o que eu queria que fizessem comigo, vou proceder de uma maneira a deixar esse mundo um pouco melhor. ... Mas, resumindo, fazer ao meu próximo o que eu quero que façam comigo.” (Grupo 2-A)

“Ética é tudo que... É... São condutas e valores morais, né, que são estabelecidos na sociedade para o convívio do ser humano.” (Grupo 2-A)

Os entrevistados do **Grupo 2-B** discorreram de maneira mais elaborada, demonstrando melhor entendimento do significado do termo. Cumpre transcrever:

“Bom, ética, para mim, tem a ver com o comportamento. Ética são normas, são regras, diretrizes de conduta, de comportamento, que se referenciam – são referenciadas – nos valores morais construídos individualmente e coletivamente. Então, a ética é um ramo da filosofia moral que tem como objetivo o estudo ou a construção de referenciais de conduta humana, de comportamento e até mesmo de caráter.” (Grupo 2-B)

Todos os profissionais, dos dois grupos (**Grupos 2-A e 2-B**), afirmaram conhecer os termos “Deontologia” e “Ética Profissional”. Assim como para os estudantes, os dentistas com formação em Bioética puderam discorrer com mais embasamento sobre os mesmos. A saber:

“... a Ética Profissional já está mais ou menos equacionada, a Deontologia já é uma ciência mais exata, entre aspas...” (Grupo 2-A)

“A Ética Deontológica, para mim, é a ética dos códigos profissionais, ou seja, a ética construída a partir do conjunto de regras de conduta, para o exercício de uma determinada categoria profissional. Então, Deontologia, que significa estudo dos deveres, das obrigações, tem na Ética, nos Conselhos Profissionais, dos Códigos de Ética Profissionais, a sua essência, a construção dos deveres, das obrigações para o correto exercício profissional ou aquilo que a categoria elege como sendo adequado para a conduta profissional.” (Grupo 2-B)

Um dos entrevistados do Grupo 2-B fez críticas quanto a não haver muita ética e profissionalismo entre cirurgiões-dentistas.

2. Você conhece o termo “Bioética”? Em caso afirmativo, perguntar: O que você entende por “Bioética”?

Área Temática 3 – **Ética, Bioética e Deontologia**

2.2. Investigar se a formação em Bioética possibilita uma melhor distinção entre as diferentes acepções/concepções do termo “ética”.

2.3. Verificar se a formação em Bioética possibilita um melhor discernimento entre “ética deontológica” e “bioética”, como “ética aplicada”.

A pergunta poderia ser respondida por ambos os grupos, aqueles com e sem formação em Bioética, com o objetivo de analisar: a conceituação atribuída à Bioética; se tal formação possibilita uma melhor distinção do entrevistado com

relação às diferentes acepções do termo “ética” e às diferentes formas/modelos de análise ética; se há discernimento entre “ética deontológica” e “bioética”.

Os estudantes e os profissionais sem formação em Bioética (**Grupos 1-A e 1-B**) não puderam explicar, de forma adequada, pertinente, o significado do termo. Destes, os três estudantes do **Grupo 1-A** disseram ter ouvido falar sobre o termo e esboçaram todos um significado, mas distante do que realmente é o campo do conhecimento em Bioética. Assim também incorreram os profissionais do **Grupo 2-A**, sendo que um deles alegou ter ouvido falar e não saber definir, outro conceituou a Bioética como uma “nova ciência” e o terceiro associou-a exclusivamente ao “campo dos relacionamentos humanos”.

Tanto estudantes como profissionais dos **Grupos 1-B e 2-B**, respectivamente, responderam de forma a demonstrar compreensão sobre o que representa o campo da Bioética, com referências às abordagens histórica, teórico-conceitual e temática. Associaram-na ao campo das ciências da saúde, mas reconhecendo sua abrangência, também foi associada à qualidade de vida, aos direitos humanos, às questões ambientais, à ética na pesquisa científica, às relações interpessoais diversas. Reconheceram-na como ética prática, aplicada.

Os estudantes e profissionais com formação em Bioética (**Grupos 1-B e 2-B**), quando indagados sobre a diferenciação entre os modelos de Deontologia/Ética Profissional e Bioética, demonstraram todos discernimento adequado. Os trechos dos depoimentos a seguir assim confirmam:

“A ética profissional é mais aquela coisa com regra, você tem que seguir regras, tem os códigos de ética. É uma coisa mais ligada às leis. E a Bioética não, é um campo mais aberto. Você consegue permear, analisar a situação de acordo com cada situação, dentro de um contexto e não uma regra geral para tudo.” (Grupo 1-B)

“A Bioética vai além. Também se preocupa com as questões referentes ao exercício profissional ..., mas a Bioética se preocupa com muito mais elementos, como a qualidade de vida, a questão do meio-ambiente, como a questão de situações que nós chamamos do cotidiano ou situações persistentes, como a pobreza, o racismo, além dos temas, claro, emergentes, como clonagem, células-tronco, alimentos transgênicos. Então, a Bioética é mais abrangente.” (Grupo 2-B)

“Para mim, isso só ficou claro após a minha formação em Bioética. Até eu começar a estudar a Bioética, para mim, era a ética profissional. Os campos de aplicação da ética eram muito comuns, era uma coisa única. Eu não percebia muito claramente essa diferença conceitual e até mesmo de aplicação de cada conceito.” (Grupo 2-B)

Há uma preocupação atual em fazer com que os códigos de ética profissional contemplem ou ampliem princípios que são comuns à Bioética e à Deontologia, como o da beneficência e o da autonomia, em clara demonstração da interação que pode ser estabelecida entre os dois modelos de análise ética, bem como da importância das duas disciplinas para uma formação profissional mais consciente, crítica e respeitosa.

3. Pedir o entrevistado para descrever como está sendo/foi sua **formação** em Odontologia. Especificamente, perguntar: 3.1. Você poderia descrever como está sendo/foi sua formação em **conhecimento teórico**, ou seja, relacionada aos aspectos conceituais da Odontologia?; 3.2. O que diria sobre o desenvolvimento de suas **habilidades motoras**, ou seja, a parte prática do curso?; 3.3. Como está sendo/foi a orientação que recebe/recebeu sobre o enfoque de **atitudes e ética (conduta)** na prática profissional?

Área Temática 1 – **A Formação Profissional em Odontologia**

Área Temática 2 – **O Perfil do Egresso**

2.1. Discutir a insuficiência da Deontologia, como instrumento único, para a adequada formação ética profissional em Odontologia;

2.4. Estudar a associação, por estudantes de Odontologia e profissionais entrevistados, entre a formação em ética e uma real possibilidade de sua aplicação nas práticas cotidianas, e não somente como exercício de reflexão abstrata.

2.5. Analisar, a partir dos depoimentos dos participantes da pesquisa, a atenção dada ao domínio atitudinal, em sua formação, comparativamente aos domínios cognitivo e psicomotor.

Este foi o momento reservado para a coleta de dados que possibilitassem analisar se o processo de ensino e aprendizagem na formação do participante está/foi pautado nos diferentes domínios, a saber: o cognitivo, o psicomotor e o afetivo/atitudinal. A partir dos depoimentos dos estudantes de Odontologia e profissionais entrevistados, procurou-se analisar a atenção dada ao domínio atitudinal, em sua formação, comparativamente aos domínios cognitivo e psicomotor. Ainda, buscava-se inferir se o entrevistado entendia ser ou não importante a formação ética e analisar a percepção dos participantes da pesquisa quanto à aplicabilidade prática da reflexão ética. Também, verificar se haveria relato de aplicação da ponderação ética no processo de tomada de decisões, nas

diferentes relações interpessoais no exercício da profissão (profissional-profissional; profissional-paciente; profissional-familiares) e mesmo para além delas (profissional-comunidade; compromisso social; ética da responsabilidade).

Neste momento da entrevista, todos os entrevistados, dos quatro grupos do estudo, prestaram informações que possibilitam identificar haver ou ter havido (a depender do grupo, estudante ou profissional), em sua formação, priorização dos aprendizados cognitivo e psicomotor, em detrimento do atitudinal. Foi exatamente nesta ordem relatada a contemplação de cada um dos três campos do saber, à exceção de apenas um profissional do **Grupo 2-A**. Este respondeu que a prática teria sido mais contemplada que a teórica e referiu-se à parte da ética como tendo sido “irrisória”. Para todos os demais, vem, em primeiro lugar, o teórico, seguido do prático, vindo como menos abordado o campo afetivo/atitudinal, assim como para as respostas obtidas com o questionário.

Um modelo de ensino não pode priorizar a formação no campo das atividades cognitivas (teóricas) ou no domínio das habilidades psicomotoras (práticas) em detrimento das afetivas (de atitudes), sem que estes três domínios sejam considerados e trabalhados simultânea e igualmente ¹⁰.

Para ser equilibrada, equânime, justa, a prática odontológica deve ser consciente, crítica, integral. O que pressupõe estar pautada na educação, na promoção de saúde e na reabilitação necessária, em ação integral (não fragmentada) e multi e interdisciplinar, congregando as diversas áreas do conhecimento e os diferentes campos/domínios do saber.

Nesse contexto, no grupo dos estudantes (**1-A e 1-B**), são relevantes os fragmentos de fala abaixo:

“Eles exploram muito a teoria, mas sempre relacionando a teoria com a prática.”
(Grupo 1-A)

“Aqui na UnB, então assim, toda essa parte teórica tem uma formação boa, tem uma carga boa. Só que a Odontologia ainda fica como uma base, tem uma base muito técnica ainda. Ela não tem aquela base de um paciente como um todo, como avaliar o paciente, a saúde do paciente em si. A gente ainda é muito focado em uma técnica ainda.” (Grupo 1-A)

“A minha formação no curso tem sido bastante proveitosa, mas, desde início, foi bastante teórica ... Teve a prática, mas bastante tecnicista, assim que eu despreveria minha formação.” (Grupo 1-A)

“Aqui dentro da Universidade, o que eu mais tenho contato é com disciplinas teóricas e essa parte. Em segundo lugar, ficaria a parte prática, né? Essa parte afetiva, do relacionamento entre o paciente, como deve ser feito entre o paciente e o profissional, ficaria em terceiro lugar.” (Grupo 1-B)

“A Odontologia, até mais do que as outras áreas de saúde, é muito técnica. Então, tem a parte do embasamento biológico, fisiológico, mas é principalmente a técnica de treinar habilidade manual. ... Então, às vezes, até se perde a dimensão científica da Odontologia e acaba-se aplicando apenas a parte técnica.” (Grupo 1-B)

“Mais a técnica, né? Privilegia a técnica, tem que fazer ‘tantos’ procedimentos e só.” (Grupo 1-B)

Um entrevistado do **Grupo 1-B**, ao se manifestar, de uma maneira geral e não específica à sua instituição, sobre a formação profissional em Odontologia e o perfil almejado do profissional, segundo as diretrizes curriculares do curso de graduação vigentes atualmente no Brasil, disse:

“ ... Sei o que eles estão formando: um profissional voltado para o mercado privado, extremamente hábil, com habilidade manual muito aguçada, mas com pouca capacidade de reflexão teórico-científica e muito pouca capacidade de reflexão ética.” (Grupo 1-B)

Os alunos de ambos os grupos (**1-A e 1-B**) afirmaram que alguns professores de determinadas disciplinas se preocupam em passar orientação ética, mas identificaram que essa orientação de conduta não é observada em todas e que ela aparece de forma variada em abordagem e qualidade nas diferentes disciplinas do curso. Demonstraram percepção da importância do papel dos professores na formação / orientação de conduta, bem como saber distinguir um maior ou menor compromisso e competência quanto a esta atribuição.

Com relação a isto, é importante ressaltar que esta percepção dos estudantes remete a uma transversalidade que se almeja nas estruturas curriculares de hoje, em que os conteúdos se comunicam, são apresentados e/ou trabalhados em momentos diversos e por diferentes atores.

Preocupa, entretanto, o fato de que, no que diz respeito aos aspectos morais, à ética, à orientação para tomada de decisões e conduta, todos os outros docentes, e não só aqueles responsáveis pelos conteúdos ou disciplinas específicas do domínio afetivo, devem conhecer os referenciais, teorias e princípios éticos a serem trabalhados nas diferentes atividades teóricas e práticas da estrutura curricular adotada.

Um estudante do **Grupo 1-B** entende, de forma mais crítica, haver um “esboço de uma tentativa de se mostrar como deve ser um bom intercâmbio entre profissional-paciente” nas outras disciplinas que não a de conteúdo específico de orientação ética/bioética.

Sobre essa questão, são depoimentos importantes entre os estudantes dos dois grupos:

“Aqui a gente tem, além dos conhecimentos teóricos e práticos, os professores procuram voltar a gente para um lado humano com o paciente, ter uma relação mais pessoal com o paciente.” (Grupo 1-A)

“Em todas as disciplinas eu diria que não, mas tem disciplinas que eles dão maior enfoque. Eles falam que a gente deve procurar sempre falar com o paciente e ver tudo aquilo que ele acha do tratamento, tudo aquilo que ele pensa que poderia ser feito, dando escolha e respeitando ele. Agora, algumas outras disciplinas falam superficialmente, outras dão bastante enfoque mesmo.” (Grupo 1-A)

“... Tem outras que o paciente chega lá e a gente simplesmente faz.” (Grupo 1-A)

“Aparece sim, mas não é da forma como deveria ser. Ainda é muito deficiente, é só um esboço realmente.” (Grupo 1-B)

“... mas eu acho que alguma coisa deveria ser mudada, principalmente em relação não aos professores que deram a disciplina específica de ética, mas de ser uma coisa generalizada em todos os professores, que fosse um conhecimento que eles tivessem também. E que durante a nossa prática isso fosse lembrado, de repente, com apresentação de casos clínicos que colocassem alguma solução ética determinada, cuidado ético maior com o paciente, questão de sigilo, questão de respeito à autonomia. Alguma coisa assim que, talvez, os professores de outras disciplinas que não os professores de Bioética não têm tanto cuidado assim.” (Grupo 1-B)

“Em algumas sim, outras não. ... Então, são coisas poucas, que vão sendo colocadas para a gente, mas que a gente vai assimilando.” (Grupo 1-B)

Quando perguntados sobre quais disciplinas poderiam ser lembradas quanto a uma atenção aos aspectos da conduta ética, dois estudantes do **Grupo 1-A** apontaram a disciplina de Estomatologia e um exemplificou com as de Endodontia e Prótese. Dos estudantes do **Grupo 1-B**, um citou aparecer “um pouco” na Estomatologia.

Uma crítica a ser feita no processo de ensino-aprendizagem em Odontologia e que sugerem os resultados encontrados neste estudo é a de que o sujeito do processo no atendimento nas clínicas de ensino ou estágios não é o paciente e sim a disciplina. O interesse observado é o da disciplina. O currículo deve estar preparado para receber os pacientes. Na verdade, o que há é uma inversão de

valores ao se dar mais ênfase, valor, para o processo educativo, desconsiderando-se a real necessidade do assistido.

Os entrevistados do **Grupo 1-A** responderam que a formação ética tem aplicação prática, sem demonstrar uma convincente noção de sua representação nem das situações fáticas. Os do **Grupo 1-B**, por sua vez, conseguem associar a formação em ética a uma real possibilidade de aplicação nas práticas profissionais cotidianas, e não somente como exercício de reflexão abstrata, com melhor menção à sua representação nas relações interpessoais e associação a noções éticas a respeito do humano, do processo saúde-doença, do respeito à dignidade e aos direitos do outro.

Para os profissionais (**Grupos 2-A e 2-B**), quanto à sua opinião sobre a distribuição do conteúdo do seu curso de graduação, no que tange aos três domínios, devem ser mostrados estes depoimentos:

“É o melhor, a UnB sempre privilegiou... Às vezes, até privilegia em excesso, a formação teórica é muito boa, muito boa. Sem falsa modéstia, me considero assim... Fiz uma graduação na parte teórica excelente. Faltou um pouco a parte prática porque era um curso que estava começando. Mas, a parte teórica era muito boa.” (Grupo 2-A)

“Essa parte deixa a desejar. ... não tinha, ..., era técnica a coisa.” (Grupo 2-A, sobre a questão da formação atitudinal, sobre a parte ética)

“... Mas, o que faltou desde o início e o que eu só pude perceber foi uma última aula que nós tivemos no final do curso, que tratava da parte de ética e de prática profissional. ... De conceitos de ética, de responsabilidade, isso só tivemos uma aula. Então, isso foi uma coisa, assim, irrisória.” (Grupo 2-A)

“... o curso apresentou uma teoria satisfatória, suficiente. ... O ensino da parte motora, as aulas em laboratório, as aulas em clínicas, foram bem encaminhadas. ... Eu acho que essa parte de aula teórica, vamos dizer bem técnica para a área de Odontologia, e a parte prática tiveram uma ênfase bem maior do que a parte de condutas.” (Grupo 2-B)

“... Então, eu sinto que o curso de Odontologia me trouxe uma base teórica bastante satisfatória, me deu uma boa formação em termos de prática, de habilidade manual, de prática mesmo, mas eu acho que poderia ter sido melhor. Agora, na minha época, existiam poucos momentos de reflexão fora da técnica. As disciplinas eram de conteúdo profundamente técnico e, com exceção de uma ou outra disciplina, como, por exemplo, Fundamentos de Ciências Sociais, ... , e aí se fazia uma discussão muito da questão da dimensão do homem, do humano e até mesmo dessa relação entre profissional e paciente, a gente praticamente não tinha outro espaço para fazer discussão. Não tive nenhuma disciplina de ética, nem mesmo a Deontológica. Não tive nenhuma formação nesse sentido.” (Grupo 2-B)

Um entrevistado do **Grupo 2-A**, que afirmou não ter tido nenhum conteúdo de Ética Profissional ou de Relação Profissional-Paciente, respondeu que o que mais

se aproximava de orientação ética em seu curso de graduação era o conteúdo ministrado nas disciplinas de Odontologia Social e Semiologia.

Perguntados sobre ter ou não a formação ética aplicação prática, responderam os profissionais do **Grupo 2-A** afirmativamente, associando sua aplicação a “tratar com respeito, com integridade e honestidade” o paciente e, também, ao fato de estar ocorrendo “inúmeros casos de reclamações contra dentistas” nos tribunais.

Já os profissionais do **Grupo 2-B** têm uma visão mais abrangente da aplicação prática da ética, para além da reflexão para deliberação de conduta na relação profissional-paciente ou em outras relações interpessoais nas práticas cotidianas, como “um compromisso diferente com a vida e com o paciente”, tendo havido sua associação a questões como as novas tecnologias, novos produtos, e sua incorporação acrítica, a ética em pesquisa, a aplicabilidade ao campo da saúde pública. Ver:

“Com certeza, ela tem aplicabilidade. Eu acho que essa questão de ética não está só no lado profissional, está na vida como um todo. A gente deveria aplicá-la em tudo, não só na parte profissional como na parte de relacionamentos interpessoais, familiares e social, como um todo.” (Grupo 2-B)

“Eu acho que a Bioética, principalmente, vai além dessa relação profissional. Eu vejo que no universo da Odontologia essa seria a contribuição número 1, a mais importante da Bioética para a Odontologia seria o aprimoramento ou aperfeiçoamento, em termos qualitativos, da relação profissional-paciente. Mas, a Bioética tem outras contribuições. Por exemplo, ... a questão de novas tecnologias, de novos produtos, e a incorporação acrítica de novos materiais, novos produtos que são produzidos e, às vezes, por pressão do mercado, os profissionais são levados a utilizar. A Bioética permite uma reflexão mais crítica sobre essa incorporação de tecnologia, ela tem um papel fantástico na ética em pesquisa com seres humanos, na dimensão de nortear um delineamento metodológico mais respeitoso para com o sujeito de pesquisa, garantir que danos previsíveis não serão realizados e tem também um papel fundamental na saúde pública. Eu vejo que a Bioética também, principalmente a linha que se trabalha na Universidade de Brasília, que é uma linha mais de intervenção, de equidade, de justiça por meio da equidade, tem uma aplicabilidade fantástica no campo da saúde, da abordagem em termos da saúde coletiva.”. (Grupo 2-B)

A estrutura curricular e as práticas pedagógicas devem ser tais que possibilitem formar um egresso com o perfil proposto pelas diretrizes vigentes. Além da qualificação técnica, nos domínios cognitivo e de habilidades motoras, é preciso formar o estudante também no domínio afetivo/atitudinal, para que seja capaz de analisar, de forma consciente e crítica, a situação-problema a ser resolvida, em seus múltiplos aspectos reais. Deve ter o aluno compromisso e capacidade para intervir

na realidade de forma humanizada e promotora de saúde, ao invés de atuar de maneira meramente reabilitadora ou mesmo mutiladora.

4. Qual sua análise a respeito do **quadro de saúde bucal coletiva** no Brasil?

Área Temática 4 – **Bioética, Saúde Pública e Odontologia**

2.6. Identificar e analisar a percepção/concepção de estudantes e cirurgiões-dentistas sobre temas bioéticos relevantes para o exercício profissional: a atenção/percepção dos participantes a respeito da realidade brasileira em saúde bucal, ...

Esta pergunta representou a oportunidade para coletar dados sobre a atenção/percepção do entrevistado a respeito da realidade brasileira em saúde bucal. A intenção foi de verificar se seriam mencionadas categorias como: justiça; equidade; igualdade; escassez de recursos; alocação e distribuição de recursos; dilemas éticos; ética da responsabilidade pública e individual. Serviu para analisar a consciência crítica do estudante/cirurgião-dentista diante da situação real, sua noção de justiça social e de seu compromisso social. Ou se o entrevistado faria apenas colocações negativas, pejorativas, com relação à esfera pública de atenção em saúde, sem se perceber também inserido no contexto, sem manifestar responsabilidade moral diante dos problemas.

Sobre esse tema, pronunciaram-se de forma bastante consciente tanto estudantes com profissionais, com leitura crítica da realidade que cerca a Odontologia no país, reconhecendo o quadro caótico de saúde bucal da população, a demanda reprimida, a carência, e, importa dizer, todos os entrevistados demonstraram incômodo diante da situação diagnosticada.

Nenhum entrevistado se limitou a colocações negativas, pejorativas, com relação ao objeto da pergunta, sem se perceber também inserido no contexto, sem manifestar compromisso e envolvimento moral. No **Grupo 1-A**, foi atribuída maior responsabilidade pelo quadro ao Governo, tendo os profissionais sido também responsabilizados, sem grande discurso. No **Grupo 1-B**, a responsabilização foi atribuída ao Governo, por não tratar a saúde bucal como prioridade nem implementar políticas públicas eficientes, aos profissionais de saúde, por não se comprometerem, e à própria sociedade, por não cobrar seus direitos, não

pressionar. No **Grupo 2-A**, o “Conselho” (supostamente o Conselho Federal de Odontologia), as faculdades, as universidades, o MEC, o Governo, os profissionais e a sociedade foram responsabilizados, sem politização nos relatos. Por último, os participantes do **Grupo 2-B**, viram como responsáveis os governantes, os profissionais e também a sociedade, fundamentando sua resposta de forma mais consistente que as dadas no **Grupo 2-A**, mas menos elaboradas e críticas que as ponderações feitas pelos estudantes do **Grupo 1-B**.

A elaboração menos fundamentada quanto ao tema por parte dos estudantes sem formação em Bioética (**Grupo 1-A**) deve levar em conta o fato de estarem ainda em formação, alguns ainda no início do curso, outros sem terem cursado as disciplinas da área da saúde bucal coletiva, bem como a pouca experiência de vida e profissional em termos de proximidade com a realidade que descrevem. Ainda que observando-se isso, cabe trazer que, por ser pauta da disciplina, os estudantes com formação em Bioética (**Grupo 1-B**) manifestaram interesse e entusiasmo pelo tema, além de vontade manifesta de intervir, mudar a realidade descrita, tendo feito sua reflexão relacionada com a forma como trata a Bioética do assunto da saúde coletiva/pública.

Há que se mencionar, também, que categorias como justiça, equidade, igualdade, escassez, alocação e distribuição de recursos, ética da responsabilidade pública e individual, emergiram com mais clareza e de forma expressa nos relatos dos grupos com formação na área da Bioética (**Grupos 1-B e 2-B**). Entrevistados do **Grupo 1-A**, não souberam explicar os termos equidade e, até mesmo, justiça. Às vezes, podendo-se inferir não compreensão. Os participantes dos **Grupos 1-B e 2-B** responderam quando indagados sobre as categorias acima mencionadas, inclusive com referências à linha de elaboração teórica trabalhada na Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília, que é a Bioética de Intervenção.

5. Sendo a Odontologia uma profissão que pode ser exercida seja **no campo privado ou na esfera pública de assistência em saúde**, que observações relevantes você faria com relação a cada uma dessas duas esferas de atuação profissional?

Área Temática 1 – **A Formação Profissional em Odontologia**

Área Temática 2 – **O Perfil do Egresso**

Área Temática 4 – **Bioética, Saúde Pública e Odontologia**

2.6. Identificar e analisar a percepção/concepção de estudantes e cirurgiões-dentistas sobre temas bioéticos relevantes para o exercício profissional: a atenção/percepção dos participantes a respeito da realidade brasileira em saúde bucal, bem como em relação à possibilidade do exercício profissional na esfera pública da saúde, e não somente a prática autônoma/liberal/individual; ...

A intenção, nesta indagação, era: analisar a percepção do entrevistado quanto à possibilidade do exercício profissional no setor público, e não somente no âmbito privado; e verificar se haveria argumentação no sentido de que o exercício da Odontologia no campo público representa mercado de trabalho e oportunidade para interferir na realidade que se apresenta. De forma objetiva, buscou-se, com a pergunta, investigar se o entrevistado mencionaria a inserção do cirurgião-dentista nas práticas públicas coletivas de atenção em saúde. Representou uma pergunta com intenção de também analisar, como a anterior, se há menção a compromisso com uma prática equânime, para todos, e de qualidade. Esperava-se que também pudessem ser feitas colocações exclusivamente depreciativas do sistema de saúde pública no país, sem conhecimento e/ou envolvimento do entrevistado com o quadro que se apresenta no Brasil.

As observações quanto aos dois campos de atuação guardaram similaridade em todos os quatro grupos, foram críticas e contemplando, de forma satisfatória, análise do todo que representa a situação/problema. Todos os grupos fizeram menção às iniciativas do atual Governo Federal na área de saúde bucal, como significativas quando comparadas às políticas dos governos anteriores, ainda que reconhecidas como incipientes diante da atribuição de gravidade às necessidades da população.

Quando perguntados sobre o assunto, os estudantes do **Grupo 1-A** afirmaram que a Odontologia é muito mais exercida e tem mais força no campo privado, com justificativa de que o Governo não presta ajuda aos cirurgiões-dentistas, mas reconheceram possibilidade de exercício na esfera pública, sem, no entanto, exemplificar claramente. Os entrevistados do **Grupo 1-B** igualmente disseram ser maior o exercício da profissão no setor privado, reconheceram melhor o potencial empregador do público. Mas, houve várias críticas deste grupo, como: difíceis possibilidades da atuação em termos de recursos materiais e humanos no

âmbito público; a carência de educação em saúde; demanda curativa muito grande; ser a formação em Odontologia direcionada para o exercício profissional autônomo.

Também os profissionais dos dois grupos (**Grupo 2-A e 2-B**) identificaram poder exercer a Odontologia como agente público e ser ela mais praticada de maneira liberal, autônoma, privada. A ênfase das respostas de profissionais pode ser verificada nas assertivas abaixo:

“... A gente forma muitos profissionais que estão sendo iludidos por uma promessa de um mercado de trabalho que não existe, essa população que eles estão se preparando para atender não existe. Mas, não temos uma resposta pública para abarcar esses profissionais. ...”(Grupo 2-A)

“... Então, o que a gente tem, uma formação para tratar o quê, para tratar quem? A gente só aumenta a necessidade bucal da população e não contempla nem o privado, nem o público. Eu não sei para aonde a gente vai, sinceramente.” (Grupo 2-A)

“... O sucesso está muito ligado ao dinheiro. E o poder público não vai pagar esse salário que o garoto que sai da Universidade pensa que merece porque colocaram isso na cabeça dele. ...” (Grupo 2-A)

“Atualmente, ela tá sendo exercida mais no privado, né? Porque o público não tem condições de oferecer o tratamento às pessoas, né?” (Grupo 2-A)

“... Nós temos, assim, técnicas, implantes sendo feitos, como é feito no primeiro mundo. Nós temos sendo feito aqui no Brasil. Então, ela é mais plenamente exercida no campo privado. Em contrapartida, o campo público está aí e as pessoas com uma carência muito grande.” (Grupo 2-A)

“Eu acho que a gente tem que entender que a Odontologia, gradativamente, vem deixando de ser uma profissão autônoma, na sua essência da palavra, como era antigamente. Essa foi a realidade durante muito tempo, há décadas atrás, mas não é a realidade mais hoje em dia. A verdade é que a maioria dos novos profissionais lançados no mercado busca a segurança de trabalhar em empregos e, sem dúvida nenhuma, o setor público é o maior empregado da área da Odontologia ainda.” (Grupo 2-B)

“ Olha, a minha avaliação, apesar dessa constatação de que o dentista busca cada vez mais emprego público, ainda a formação é voltada para como se todo profissional fosse trabalhar em seu próprio consultório. Isso, para mim, é um equívoco estratégico de formação, porque eu acho que isso traz algumas dificuldades para o dentista de perceber seu local na sociedade, seu local dentro desse ambiente público de trabalho, e isso gera uma expectativa no profissional muito grande de que ele vai montar consultório, vai ser bem sucedido e o mercado não tem demonstrado isso. ...” (Grupo 2-B)

Como nas respostas da questão anterior, não houve, para nenhum dos quatro grupos, observações meramente depreciativas e negativas da prática odontológica e da saúde bucal no campo público, tendo sido possível inferir através desta pergunta também haver, de uma maneira geral, noção/ leitura objetiva e pertinente da realidade brasileira.

A visão do estudante ou profissional da Odontologia deve mesmo ser integral, em atenção às necessidades do assistido e ao contexto social, e não parcial, com foco apenas na condição de saúde bucal – loco-regional – a ser tratada.

Deve ser percebida a contradição existente no país – entre milhões de pessoas desdentadas e uma ciência odontológica bastante avançada em termos de técnica –, em que Odontologia e saúde bucal coletiva têm direções divergentes, como se antônimos fossem, pelo pouco alcance social.

6. O que representa o **paciente** para você?

Área Temática 5 – **A Relação Profissional-Paciente em Odontologia**

2.6. Identificar e analisar a percepção/concepção de estudantes e cirurgiões-dentistas sobre temas bioéticos relevantes para o exercício profissional: ... ; se a formação em Bioética contribui para a mediação de conflitos de interesses quando da tomada de decisões na assistência em saúde, através das noções de alteridade e respeito à autonomia do paciente; ...

No campo da micro-contextualização da Bioética, está a sua contribuição como ferramenta de reflexão da relação profissional-paciente. Nesse sentido, elaborou-se este questionamento para analisar noções de: alteridade; respeito pela pessoa; autonomia; beneficência; não-maleficência; justiça; subordinação; entrega; vulnerabilidade; paternalismo; poder técnico; poder moral; conflito de interesses. Ou seja, a leitura que o entrevistado faz daquele a quem assiste, buscando-se analisar se há ou não no seu relato inferência de respeito pela liberdade e dignidade do paciente. Serviu esta pergunta também para verificar se há associação entre o “paciente” e noções de fragilidade, cuidado, atenção, amparo, proteção, em concepção/atitude paternalista diante do assistido, em detrimento do reconhecimento deste como sujeito ativo/participante do processo de atenção a sua saúde.

Todos os entrevistados se referiram ao paciente como um ser humano que precisa de cuidados e que deve ser respeitado.

Os estudantes do **Grupo 1-A** pouco discorreram, não elaboraram muito sobre o paciente, manifestando referir-se a alguém a ser ajudado, remetendo à assistência, algo muito próximo de relatos a partir da emoção.

“Um ser humano. É a única palavra. Um ser humano como nós. Que nós estamos lá tentando ajudar a resolver um problema que a gente estudou e essa pessoa possui esse problema e a gente está tentando ajudar. Só isso.” (Grupo 1-A)

“... Então, paciente para mim, atualmente, pelo o que eu vejo no dia-a-dia da clínica, é alguém que precisa de ajuda e que eu posso fornecer.” (Grupo 1-A)

Nas entrevistas do **Grupo 1-B**, a leitura do paciente foi mais criteriosa, racional, ponderada, demonstrando reflexão ética (ponderação entre emoção e razão), contemplando a alteridade como elemento da relação.

“O paciente é o sujeito da relação, é a pessoa principal da relação profissional-paciente, é a pessoa que deve ser priorizada dentro dessa relação, que deve determinar a situação em que ocorre essa relação, é a pessoa que tem que decidir todos os procedimentos que vão ser realizados nele. É o próprio paciente que deve decidir. Alguém que merece respeito, alguém que merece ser ouvido.” (Grupo 1-B)

“...Mas, eu vejo ele como um ser humano que você tem que respeitar, saber tratar, explicar o que está acontecendo de forma que ele entenda. ... Ver ele como uma pessoa, como um todo.” (Grupo 1-B)

O paciente é descrito, no **Grupo 2-A**, em uma confusa mistura entre visão jurídico-legal, comercial e assistencial, o que segue transcrito na íntegra:

“Uma responsabilidade, sempre. É uma pessoa que confiou em mim, é um dever que eu tenho que fazer o meu melhor e chegar... É quase que uma obrigação de resultado. É claro que a gente não... Ninguém acerta sempre, ninguém pode tudo, mas é uma responsabilidade. Eu vejo o meu paciente como um depósito, que eu tenho que devolver melhor do que recebi. Então, eu tenho que melhorar meu paciente, sempre, sempre tem que sair melhor do que entrou.”. (Grupo 2-A)

“O paciente seria um parceiro, em quem eu tenho que lidar. De forma, às vezes, até atuando até como um psicólogo. ... Então, na verdade, eu vejo o paciente como uma pessoa que precisa de atendimento, mas um atendimento humanizado, não aquela coisa de comercial. ... Eu acho que esse mercantilismo que foi instalado na área de saúde está ocasionando o que vem... Essa demanda de ações contra dentistas. Até porque o que se passa para a sociedade é isso, é que o cirurgião-dentista quer tomar o seu dinheiro.” (Grupo 2-A)

Os profissionais com formação em Bioética (**Grupo 2-B**) assim relataram quando perguntados sobre o que representaria para eles o paciente:

“... , é o que há de mais importante dentro da Odontologia. ... , ele é o objetivo final de toda minha formação, de toda minha conduta, de toda minha técnica. E é o elo mais importante de toda a cadeia do exercício profissional. ...” (Grupo 2-B)

“... É para ele que a gente se forma, é para ele que a gente usa o conhecimento, e é, em nome desse paciente, desse ser humano que tem uma necessidade e nos procura em busca de uma melhoria de uma determinada necessidade que ele possa vir a ter, que a gente deve sempre buscar aprimorar o máximo de habilidade técnica, o máximo de conhecimento, para oferecer sempre o melhor para esse sujeito que é o paciente, que é o sujeito receptor da nossa ação. É o objetivo final da Odontologia.” (Grupo 2-B)

“... Essa somatória de informações ou de áreas de reflexão bioética eu acho que me permite ter uma análise muito mais aprimorada dessa dimensão humana do que é o nosso paciente.” (Grupo 2-B)

O Princípio Bioético foi contemplado, através de seus referenciais de autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, tendo aparecido nos depoimentos dos participantes do **Grupo 1-B e 2-B**.

Os entrevistados do **Grupo 1-A** não souberam dizer sobre o significado dos princípios acima ou fizeram associações equivocadas, atribuindo a eles noção totalmente não correspondente. A saber:

“Seria aquela pessoa que trabalha só, ela procura seguir seu próprio caminho. Só, sozinha.” (Grupo 1-A, manifestando-se sobre a noção de Autonomia)

“Hum... Algum benefício que a pessoa recebe com algum... A pessoa fez alguma coisa, ela recebe um benefício por isso.” (Grupo 1-A, manifestando-se sobre a noção de Beneficência)

“Seria... É... Vamos pensar... Não-maleficência... Vamos ver o que eu posso falar, meu Deus... [silêncio]” (Grupo 1-A, manifestando-se sobre a noção de Não-Maleficência)

“Eu já ouvi falar sobre esses princípios, só que em algumas leituras básicas. Nunca estudei a fundo nenhum desses termos.” (Grupo 1-A, manifestando-se sobre os princípios)

Ao ser entrevistado, um dentista do **Grupo 2-A** manifestou a seguinte compreensão acerca do princípio da Autonomia:

“Autonomia? Bom, autonomia é você ter sua esfera de decisão, ter sua discricionariedade dentro do teu tratamento. Você é responsável... Até porque, como você é responsável, você vai ter que ter a sua escolha, o seu caminho. Você vai ter que repetir.” (Grupo 2-A, manifestando-se sobre a noção de Autonomia)

Diante da resposta do entrevistado, perguntou o entrevistador: “Perdão. Essa Autonomia que você fala está associada à conduta de quem? Do paciente ou do profissional?” E completou, enfaticamente, o cirurgião-dentista:

“Do profissional. O paciente não é autônomo. Quem tem autonomia é quem tem o conhecimento e quem conduz o tratamento, quem tem a responsabilidade final, que é do profissional.” (Grupo 2-A, manifestando-se sobre a noção de Autonomia)

Outro profissional do **Grupo 2-A** respondeu sobre autonomia, de maneira de certa forma abstrata. E, quando perguntado se observava alguma outra virtude ou princípio na sua conduta prática profissional, fez elaborações associando a atitude ética a uma postura corporativista diante de um colega de profissão. Cumpre apresentar os trechos:

“Autonomia. Seria aquela capacidade que um ser humano tem de pensar uma liberdade natural do indivíduo, de pensar e agir.” (Grupo 2-A, manifestando-se sobre a noção de Autonomia)

“Olha, eu tento... Às vezes, é difícil, mas eu tento ser o mais ético possível em relação a questionamentos em relação a outros profissionais. A gente vê que alguns pacientes chegam de outros colegas já sendo anti-éticos. Então, a gente... É... No início da carreira a gente, até por uma questão de falha na educação, a gente... Eu confesso que errei muito. Hoje em dia não, a gente segura mais a onda... Depois, pega o telefone, liga pro profissional, conversa com ele... Tá acontecendo mais assim, a gente tenta ser o mais ético possível na profissão em relação ao profissional, em relação a essas reclamações que a gente vê de outros pacientes.” (Grupo 2-A, manifestando-se sobre outros aspectos de conduta que observaria na sua prática profissional)

O terceiro profissional do **Grupo 2-A**, ainda a respeito da autonomia, referiu-se ao fato do cirurgião-dentista responder pelos seus atos, tendo exemplificado com relação à possibilidade de definição do horário de trabalho.

A categoria “vulnerabilidade” foi reconhecida e elaborada apenas por entrevistados dos **Grupos 1-B e 2-B**.

7. Na sua prática clínica, como são tomadas as decisões quanto ao tratamento odontológico a ser realizado?

Área Temática 5 – **A Relação Profissional-Paciente em Odontologia**

2.6. Identificar e analisar a percepção/concepção de estudantes e cirurgiões-dentistas sobre temas bioéticos relevantes para o exercício profissional: ... ; se a formação em Bioética contribui para a mediação de conflitos de interesses quando da tomada de decisões na assistência em saúde, através das noções de alteridade e respeito à autonomia do paciente; ...

Esta pergunta refere-se ao mesmo contexto da anterior. No entanto, complementa a verificação desejada. Serviu também para a obtenção de dados a

respeito das seguintes noções: alteridade; respeito pela pessoa; autonomia; dever de prestar informação adequada; interação; reciprocidade na relação profissional-paciente; participação do paciente no processo de tomada de decisões; respeito à dignidade do assistido; obtenção de consentimento livre e esclarecido; ouvir o outro quanto à oportunidade e conveniência daquilo que lhe diga respeito; participação de familiares; discernimento entre capacidade técnica e poder moral; mediação em caso de conflitos de interesses; equilíbrio no exercício profissional/relação profissional-paciente. A mesma verificação de eventual posicionamento/concepção paternalista foi realizada nesse momento da entrevista, bem como o inverso, ou seja, de um possível distanciamento/não envolvimento do profissional com relação ao sofrimento do paciente.

Quando perguntados sobre o processo de tomada de decisões referentes ao tratamento a ser empreendido, os estudantes do **Grupo 1-A** mostraram-se conscientes da importância da participação do paciente. Quanto a isso, algumas das respostas foram:

“O profissional de saúde mostra o que ele sabe para tentar ajudar ao paciente. Mas, quem fala o que vai fazer ou não é o paciente.” (Grupo 1-A)

“Bom, tem que ser uma tomada de decisão igual. Eu vou propor os tratamentos, os planos de tratamento, explicar as formas de tratamento, tanto os benefícios quanto os problemas que podem ter. Eu vou apenas expor, o paciente tem que ter decisão ativa do tratamento a ser melhor para ele.” (Grupo 1-A)

“Eu acho que tem que ser o paciente juntamente com o profissional. O profissional vai expor todos os tipos de tratamento que existem e, juntamente com o paciente, os dois vão decidir o tratamento a ser realizado.” (Grupo 1-A)

Sobre este mesmo item, os estudantes do **Grupo 1-B** também se mostraram atentos ao fato de que a participação do paciente nas decisões é sinônimo de respeito a sua dignidade, compromisso moral daquele que o assiste. Uma transcrição:

“Eu acho que, a partir do momento que eu expliquei para ele e ele entendeu o que está sendo feito, o que está acontecendo, ele tem capacidade e deve interferir no tratamento, escolher, dar suas opiniões. Porque se eu dei condições de ele entender o tratamento, ele pode realmente fazer isso. Pode e deve.” (Grupo 1-B)

Mas, os entrevistados desse mesmo **Grupo 1-B**, quando tratavam da tomada de decisões nas clínicas de ensino manifestaram preocupação quanto ao respeito e o cuidado com a questão da necessidade de observar a participação do paciente na deliberação de conduta. Ver transcrições:

“Aqui dentro do Hospital Universitário, que é onde eu faço o atendimento, tenho algumas restrições em relação a material, a tipos de tratamento. ...” (Grupo 1-B)

“Em geral, o profissional. Como nós somos aluno, em geral, a partir dos nossos estudos determinamos o que seria o ideal, apresentamos essa proposta ao professor e, no final, às vezes, o paciente é informado. Muitas vezes, isso nem acontece.” (Grupo 1-B)

“Ela deve ocorrer. É fundamental que ocorra. Mas, em geral, isso não acontece. Muitas vezes, quando se consulta o paciente sobre o que ele quer e o que ele pode fazer, isso é determinado por condições financeiras do próprio paciente. Então, tem algumas possibilidades e aí se pergunta ao paciente se ele pode ou não, se ele tem condição. Mas, quando o procedimento não interfere, em geral, o paciente não participa.” (Grupo 1-B)

“Em geral, não. Inclusive, o paciente que começa a questionar muito é um paciente que incomoda. O que a gente percebe na prática é isso. ... Até porque eu procuro orientar os pacientes, até mesmo pra eles tomarem a decisão. Muitas vezes, parte do paciente delegar essa decisão ao dentista, por pensar que ele sabe mais do que o paciente. Mas, em geral, o que a gente vê na conduta dos professores e de outros colegas é isso, que o paciente que começa a questionar muito, começa a querer opinar muito durante o tratamento é um paciente que incomoda, em geral.” (Grupo 1-B)

“Bom... Com relação ao curso, a gente vê muitas coisas na faculdade que a gente pára para pensar: será que isso é certo, fazer assim com o paciente? Porque, quando surge a questão, na sala do atendimento dos pacientes no HUB... É que a gente vê que a autonomia deles não está sendo muito respeitada, né? Fica aquela coisa, a gente tem que cumprir as metas e tudo.” (Grupo 1-B)

No **Grupo 2-A**, dois dos entrevistados também demonstraram observar a opinião e participação do paciente, entendendo-a importante, sem grande elaboração ou fundamentação para tanto. Entretanto, um dos integrantes do grupo respondeu que a decisão é da alçada do profissional, valendo transcrever:

“Quem decide é o dentista, mas o paciente tem o direito e deve ser ouvido. ...” (Grupo 2-A)

“A gente tem que conversar com o paciente, é uma interação. Mas, a decisão é claro que é sua, é do dentista.” (Grupo 2-A)

No conteúdo das entrevistas do **Grupo 2-B**, ficou manifesta uma conscientização e reflexão crítica quanto à importância da participação do paciente

no processo de tomada de decisões na prática de assistência em saúde, tendo os entrevistados discorrido melhor sobre o tema.

“Eu acho que não, são os dois juntos. ... existem várias linhas e cada uma tem suas vantagens e desvantagens. Então, isso tudo deve ser passado ao paciente, explicar tudo, quais as vantagens e desvantagens, para que fique tudo muito claro e para que o paciente tenha autonomia para decidir.” (Grupo 2-B)

“ ... mostro as possibilidades e juntos a gente tenta chegar a um consenso. ... Ah, sim. Eu acho que sim. Ele é o principal interessado. Afinal de contas, é a saúde dele.” (Grupo 2-B, quando perguntado se o paciente seria um sujeito ativo no processo de decisão)

“ ... Sempre discutindo com o paciente as vantagens e desvantagens de cada uma dessas opções, envolvendo aí durabilidade, custo do material, resultado estético, tentando esclarecer para o paciente em linguagem clara, não em linguagem técnica, quais seriam as características de cada uma das opções que se apresentam. Uma vez esclarecidas essas opções, eu deixo o paciente bastante à vontade para se posicionar diante daquilo que foi ofertado e, a partir do momento que ele é suficientemente esclarecido para escolher um dos tratamentos, nós fechamos o planejamento do tratamento e aí confeccionamos um termo de consentimento livre e esclarecido, para que possa ser autorizado e iniciado o tratamento dentro daquilo que foi acordado – vantagens, desvantagens, orientações, cuidados.” (Grupo 2-B)

“ ... a capacidade técnica não me dá o direito de decidir por ele. Qual a prerrogativa do meu conhecimento, da minha capacidade técnica? O principal trunfo do meu conhecimento é utilizar essa ferramenta, esse conhecimento, para oferecer para o paciente as opções terapêuticas que mais se adequam ao perfil de necessidade e de beneficência que ele espera. Então, o conhecimento do profissional deve ser utilizado como uma ferramenta de fortalecimento do exercício cidadão do paciente, da autonomia do paciente. E não como um poder de decidir por ele, de: “Eu tenho o conhecimento, então, eu sei o que é o melhor”. Não. Eu tenho o conhecimento, eu sei o que a Odontologia pode oferecer. Quem vai decidir o que mais se adequa à sua necessidade é o paciente.” (Grupo 2-B)

Uma questão fundamental na relação profissional da saúde-paciente é o processo de tomada de decisões no contexto da assistência em saúde, sejam elas referentes aos procedimentos para o diagnóstico ou a medidas terapêuticas a serem empreendidas. Deve haver interação, reciprocidade, entre o profissional e o assistido. O paciente deve consentir, após devida orientação e esclarecimento, sobre tudo aquilo que lhe diga respeito, isto é, é preciso respeitá-lo em sua dignidade, em sua capacidade de autodeterminação (autonomia) ⁵⁸.

O respeito ao princípio da autonomia expressa-se no consentimento, como processo – e não etapa única – de obtenção da anuência do paciente, que pode ser verbal ou por escrito. O ato de consentir deve, então, ser absolutamente voluntário, livre de interferências externas (constrangimento, coação, simulação ou engano) ou de restrições internas (limitação de capacidade mental, condição de vulnerabilidade),

após informação clara, objetiva e completa, sempre anterior a qualquer procedimento⁵⁹.

8. O que você sabe dizer sobre as iniciativas brasileiras no sentido de **acompanhamento ético de pesquisas científicas**?

Área Temática 6 – A Ética na Pesquisa em Odontologia

2.6. Identificar e analisar a percepção/concepção de estudantes e cirurgiões-dentistas sobre temas bioéticos relevantes para o exercício profissional: ...; o conhecimento dos participantes do estudo a respeito da nova cultura de análise e acompanhamento ético de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil; ...

A Bioética aparece fortemente associada à nova cultura de análise e acompanhamento ético de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Este é, sem dúvida, um avanço no respeito aos direitos humanos no país. Com as respostas a esta pergunta, pôde-se analisar as diferenças entre os relatos dos que têm formação e dos que não têm formação em Bioética, uma vez que a ética na pesquisa é parte importante da pauta bioética. Saber das iniciativas nesse campo mostra conhecimento acerca de um tema de conflitos históricos e, ao mesmo tempo, extremamente atual. Ainda, serviu para se estudar noções de: direitos humanos; mito da neutralidade da ciência; controle ético como um outro olhar que não o exclusivamente científico ou tecnológico; controle social; Sistema Comitês de Ética em Pesquisa - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Sistema CEPs-CONEP.

Os estudantes do **Grupo 1-A** nada souberam dizer sobre os avanços no campo da ética em pesquisa no país e no mundo.

Aqueles entrevistados do **Grupo 1-B** manifestaram-se com consciência sobre o Sistema CEPs-CONEP, identificando e pontuando sua importância para a proteção dos sujeitos humanos de pesquisa e como forma de controle social para o exercício de uma ciência responsável, em respeito aos direitos humanos fundamentais. Esses aspectos foram expressos nas falas dos entrevistados.

No **Grupo 2-A**, houve, por parte de dois integrantes, completo desconhecimento do Sistema CEPs-CONEP do Brasil. As respostas destes foram taxativas, negativas, expressando ignorar o contexto. Um deles disse estar

participando de um curso de Pós-Graduação e discorreu sobre o assunto, apenas descrevendo a necessidade de submeter a pesquisa a uma avaliação, sem saber se isto ocorreria no CEP ou na CONEP, mostrando-se confuso. Ainda, este mesmo entrevistado referiu-se à Resolução 196/96 como sendo “uma lei”.

Para o **Grupo 2-B**, dois dos entrevistados mostraram pouco embasamento sobre o tema, apenas fazendo associações corretas, mas com equívocos quanto a designações, termos; enquanto outro mostrou profundo domínio de todos os aspectos relevantes do assunto. Este último discorreu espontaneamente sobre toda a estruturação do sistema brasileiro, passando pelos aspectos éticos pertinentes.

9. A pesquisa científica na área da Odontologia pode ser prejudicial ao paciente (sujeito participante)? Solicitar justificativa.

Área Temática 6 – **A Ética na Pesquisa em Odontologia**

2.6. Identificar e analisar a percepção/concepção de estudantes e cirurgiões-dentistas sobre temas bioéticos relevantes para o exercício profissional: ...; o conhecimento dos participantes do estudo a respeito da nova cultura de análise e acompanhamento ético de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil; ...

Com a pergunta, procurou-se analisar se o entrevistado tinha conhecimento de que, segundo as diretrizes brasileiras, toda pesquisa envolve um risco, há a possibilidade de eventual dano, e, portanto, requer cuidado e atenção por parte do pesquisador. Serviu à verificação de possíveis relatos de que isto não se aplicaria às pesquisas em Odontologia, como se fossem neutras ou mesmo sempre benéficas para os participantes. Principalmente com relação às pesquisas clínicas em Odontologia, buscou-se ver se haveria associação exclusiva com benefícios aos sujeitos dos experimentos.

Nenhum dos entrevistados expressou direta relação entre o conteúdo das normas brasileiras sobre ética na pesquisa envolvendo sujeitos humanos e o fato de trazerem em seu bojo que o risco é inerente à atividade de pesquisa.

Todavia, explorando o roteiro, o entrevistador pôde colher dados nas entrevistas representativos de que o risco era identificado, reconhecido como um fato dentro de tal prática, manifestando os entrevistados sua preocupação e atenção

para com o aspecto de poder causar uma pesquisa prejuízos/danos aos participantes. Em específico, na área da Odontologia também, como quis a pergunta.

O fato de poder ser prejudicial foi apontado por todos os entrevistados, de todos os grupos, inclusive por aqueles pertencentes aos grupos que sequer souberam discorrer sobre o tema na pergunta anterior (**Grupos 1-A e 2-A**). O que foi diferente foi a justificativa apresentada por cada um. As explicações/elaboraões apresentadas pelos componentes dos **Grupos 1-B e 2-B** foram melhores em discernimento e domínio do tema.

Por fim, não houve manifestação alguma de absoluta ingenuidade no sentido de pensarem os entrevistados como somente positivos ou benéficos os desdobramentos das pesquisas da área odontológica e também de uma forma geral.

Quanto aos riscos ou prejuízos, transcreve-se:

“Pode. Pode porque ali nós estamos buscando conhecimento, estamos usando a pessoa para buscar conhecimento. Então, pode sim causar prejuízo.” (Grupo 1-A)

“... Nem todos os termos, variáveis, são controlados nessa pesquisa. Então, o paciente se submete a fazer, mas está sujeito a sofrer algum mal sim com essa pesquisa sim.” (Grupo 1-A)

“Sim, existe risco ainda. Mesmo sendo uma Odontologia de ponta, não significa que se conhece todos os fatos ainda. Até porque na pesquisa está buscando outros conhecimentos também, e o paciente está sujeito aos erros que podem vir a acontecer nessa pesquisa.” (Grupo 1-A)

“...Muitas vezes, o paciente acaba sendo um paciente de pesquisa que não é respeitado e sofre as conseqüências de uma pesquisa mal elaborada.” (Grupo 1-B)

“Eu acho que não tem esse absoluto de sempre se fazer o bem, pode surgir uma coisa que faça mal. Na maioria das vezes, não traz muitos riscos, mas, mesmo assim, deve passar pelo comitê de ética para ser avaliado.” (Grupo 1-B)

“ ... Não sei o nível, mas algum risco, mesmo que seja pouco, pode ser que tem.” (Grupo 1-B)

“Então, a ciência não é boa em si, intrinsecamente.” (Grupo 2-A)

“Boa pergunta! Acredito que isso aí... É difícil responder essa pergunta porque como, por exemplo, uma pesquisa em amálgama... A gente sabe que tem pessoas que não pode usar amálgama. Ou, então, resina. Resina acrílica. Eu acho que... Eu acredito que o próprio... É... Na parte de Dentística, o adesivo... Tem pessoas que desenvolvem reações alérgicas. Então, eu acho que tem perigo sim.” (Grupo 2-A)

“Sem dúvida. A Odontologia tem como objeto de ação o paciente e esse paciente, ser humano, claro, pode ser profundamente prejudicado por um recorte metodológico não cuidadoso ou não ético. ... Então, a pesquisa em Odontologia

também merece o mesmo rigor de qualquer pesquisa que envolve ser humano.”
(Grupo 2-B)

“ ... A manipulação do paciente, em qualquer sentido, ela pode estar envolvida em risco. Não só a dimensão do biológico, mas a dimensão da esfera moral, da esfera da integridade emocional do paciente.” (Grupo 2-B)

Os resultados das abordagens sobre o tema da ética na pesquisa científica levam à interpretação de que este é um tópico que merece maior atenção no contexto da formação em Odontologia no curso pesquisado, por sua estreita ligação com a Bioética, além da importância social para o país, hoje mundialmente reconhecido como uma nação que tutela seus cidadãos na área da pesquisa envolvendo seres humanos.

10. Diante dos constantes e acelerados avanços científicos e tecnológicos, o que você diria sobre as **perspectivas futuras** para a ciência odontológica?

Área Temática 7 – **Odontologia e Perspectivas Futuras**

2.6. Identificar e analisar a percepção/concepção de estudantes e cirurgiões-dentistas sobre temas bioéticos relevantes para o exercício profissional: ... ; possíveis associações, pelos entrevistados, entre avanços científicos e tecnológicos e perspectivas futuras em Odontologia.

Aqui, houve a intenção de verificar associações entre avanços científicos e tecnológicos e a Odontologia, e, principalmente, se seriam suscitados aspectos éticos dentro desse contexto. Em específico, verificar se surgiriam relatos sobre as possibilidades terapêuticas diversas e seus desdobramentos éticos, por exemplo, com células-tronco e suas aplicações na Odontologia, como clonagem de tecidos ou mesmo de dentes humanos. Ainda, se haveria alguma menção ao fato do desenvolvimento biotecnológico poder ser excludente, uma vez que os recursos podem estar acessíveis a poucos, principalmente diante das diferenças sociais encontradas no país. Eventuais associações limitadas à qualidade de equipamentos, materiais e instrumentais de uso odontológico, sem que questões éticas, poderiam ocorrer.

No **Grupo 1-A**, houve pouca elaboração sobre o tema, sem posicionamento crítico, mas houve, por parte de dois dos entrevistados, associação com exclusão pela dificuldade de acesso aos avanços tecnológicos. Ver:

“Não porque, se é um avanço, eles estão tentando sempre melhorar, né? Claro que nem sempre conseguem, mas isso traz um certo conforto para gente, para a gente pensar que futuramente não vai ser somente aquilo que a gente está vendo hoje, vão ter outras coisas melhores para trabalhar, outros meios... Um ambiente melhor para a gente trabalhar.” (Grupo 1-A)

Nas respostas dos estudantes com formação em Bioética (**Grupo 1-B**), há menção a questões que são relatadas pelos entrevistados com certa reserva ou preocupação quanto a suas conseqüências, como: avanços no campo da genética; pesquisas com células-tronco; a origem das células-tronco, se embrionárias ou não; viabilidade econômica. Nas manifestações, aparece o tema da exclusão pelo custo, mas há menção de que os avanços se tornarão viáveis, acessíveis, a longo prazo.

No **Grupo 2-A**, houve posicionamento pessimista quanto aos constantes e acelerados avanços científicos e tecnológicos e, embora tenha sido o tema associado apenas à questão do avanço técnico em Odontologia, foi manifestada preocupação social em se ter no país uma prática mutiladora, “de poucos recursos para grande parte da população” e, por outro lado, “uma Odontologia muito boa para muito pouca gente”, como um modelo “excludente”.

Os relatos dos profissionais com formação em Bioética (**Grupo 2-B**) trazem boa abordagem de questões como: questão financeira; origem de células-tronco, se embrionárias ou não; engenhamento de tecidos/bioengenharia tecidual: clonagem de dentes; manipulação genética; começo da vida humana. Nas falas, mostram apreensão com relação à dificuldade de acesso ao desenvolvimento para a grande maioria da população brasileira, atribuindo distanciamento proporcional à incorporação tecnológica. Há pertinente reflexão moral sobre a aplicabilidade do conhecimento científico e das conseqüências das ações dos pesquisadores e cientistas.

Ainda, como resultados, é importante trazer fragmentos dos relatos dos profissionais e estudantes dos **Grupos 1-B e 2-B** quando indagados sobre a contribuição da Bioética para sua formação e sobre em que aspectos este referencial teria influenciado. Ver:

“A orientação que eu tenho realmente vem da Bioética, da disciplina que eu vi. Mas, justamente dentro do Curso de Graduação, a gente aprende Bioética no 7.º semestre e eu acho que vem tarde, porque aí a gente já viu todas as disciplinas primárias da Odontologia, as bases da Odontologia, a gente já passou por todas elas, tanto as teóricas quanto as práticas. Então, a Bioética vem tarde, a gente já pode ter passado por todo um período de conduta errada, a gente já teve toda uma formação errada, para chegar lá no final e você ter que mudar um hábito que você já instituiu há muito tempo. Então, essa mudança de hábito que eu tento fazer veio realmente depois da Bioética.” (Grupo 1-B, respondeu quando perguntado sobre sua preocupação de conduta para com o paciente)

“Contribuiu e muito. Bem diferente o antes da Bioética e o depois. ... No sentido de como tratar meu paciente, de ver meu paciente como uma pessoa, como um ser que tem problemas também, ... e que depende de mim como profissional e quer uma resposta. E que eu tenho que dar respostas a essa pessoa, satisfatórias e que solucionem o problema dela. ... Com certeza, porque depois disso você vai analisar certas atitudes que antes iriam passar em branco, dentro do próprio hospital, em contato com outros profissionais. Então, você começa a analisar a sua atitude, a atitude dos outros, o que deve ser feito e o que não deve ser feito.” (Grupo 1-B, respondeu quando perguntado sobre a contribuição da Bioética para sua formação)

“Os dois, os dois têm que andar lado a lado. Eu acho que se você perder a técnica, você não vai resolver o problema. E se você tratar o paciente só com a ética também você não vai resolver o problema. Tem que ter os dois.” (Grupo 1-B, respondeu quando perguntado sobre cuidado técnico e cuidado ético)

“Eu acho que, da Bioética, o principal que eu obtive não foi a formação teórica em si. Foi a capacidade de enxergar e buscar o conflito ético dentro das diversas relações que nós vivemos, parar e de repente fazer uma reflexão ética. Talvez, o mais importante não seja o conteúdo teórico, a base filosófica, isso é importante, mas o mais importante é a questão de você elaborar um questionamento, parar e refletir se aquilo que está ocorrendo é ético, é moral, seu papel naquela relação, de que forma você pode intervir, de que forma você pode melhorar, você respeitar o outro, eu acho que isso é o mais importante.” (Grupo 1-B, respondeu quando perguntado sobre o que teria ficado da abordagem da Bioética que o entrevistado associaria como importante para sua prática profissional futura)

“Acho que é mais importante do que a Deontologia, pela capacidade de refletir, me parece mais democrática. Então, há uma chance, uma oportunidade de interação maior do que na Deontologia, que é mais prescritiva.” (Grupo 1-B, respondeu quando perguntado sobre a contribuição da Bioética na sua formação)

“Com certeza, a Bioética contribuiu muito na minha formação no sentido de me proporcionar uma relação com o paciente muito melhor, no sentido de fazer com que o paciente seja sujeito da relação, que saia satisfeito, que essa relação seja bem construída, discutida, onde não há uma verticalidade tão grande. E também pelo próprio aspecto da Bioética, de todo mundo que teve uma formação nesse sentido, seja também um disseminador da questão Bioética, da reflexão ética dentro da atuação do profissional de saúde. Ela contribuiu, faz diferença, fez muita diferença na formação, na forma como eu atuo dentro da minha profissão, fez muita diferença.” (Grupo 1-B, respondeu quando perguntado sobre a contribuição da Bioética na sua formação)

“Então, eu acho assim: por eu ter esse pensamento, parado para refletir sobre cada coisa que acontece, quem sabe quando eu me formar eu consiga ter uma formação até boa com relação a isso. Tentar respeitar os pacientes, a autonomia dos pacientes. Mas, a faculdade, desde o início, já podia dar uma base mais ligada à Bioética.” (Grupo 1-B, em manifestação livre sobre o assunto)

“Eu acho que ela abriu um pouco minha cabeça para entender como lidar com um paciente, respeitando mesmo ele. Trazendo essa coisa de resolução dos conflitos, mais como lidar com a relação paciente-profissional, até como ser humano mesmo, com as pessoas. Esse foi um ponto que me tocou bastante.” (Grupo1-B, respondeu quando perguntado sobre a contribuição da Bioética na sua formação)

“Eu diria que sim e diria que de uma maneira extremamente significativa. Eu acho que sou outro profissional depois que tive contato com a Bioética. Um profissional mais consciente, um profissional mais preocupado com o paciente, na sua dimensão humana. Um profissional mais consciente de suas responsabilidades enquanto profissional, enquanto cidadão, enquanto membro efetivo dessa relação profissional-paciente. ...” (Grupo 2-B, respondeu quando perguntado sobre a contribuição da Bioética na sua formação)

“... Eu acho que a Bioética traz um ganho fantástico para entender e compreender a dimensão humana da nossa atividade profissional, que não é muito trabalhada nos cursos de formação, de graduação. ...” (Grupo 2-B, respondeu quando perguntado sobre a contribuição da Bioética na sua formação)

“... A gente recebe muita informação sobre os aspectos técnicos, mas pouquíssimo sobre o aspecto humano. E, nesse sentido, eu acho que a Bioética é fantástica: ela te permite entender ou vislumbrar melhor a dimensão do humano em toda a complexidade. Então, para mim, a contribuição da Bioética foi fundamental para me tornar hoje o profissional que sou. A minha conduta é toda hoje permeada por uma reflexão bioética.” (Grupo 2-B, respondeu quando perguntado sobre a contribuição da Bioética na sua formação)

A Bioética não deve ser entendida como uma panacéia, como algo novo e completo, capaz de oferecer soluções para todas as dificuldades, problemas e diferenças no campo da formação profissional em ciências da saúde.

Defende-se sim o reconhecimento de sua relevância em razão do seu estatuto epistemológico, embora ainda em construção, e das possibilidades de sua aplicação.

Não se ignora, pois, que outros fatores influenciam na formação profissional no campo do domínio afetivo/atitudinal, por exemplo: a estrutura e a composição do currículo do curso na sua totalidade; o perfil, a formação, o compromisso e a atitude dos professores em sua *práxis*; a representação da profissão no contexto social; o mercado de trabalho; programas e políticas públicas adotados no país.

Ainda, embora não sejam objeto de análise neste estudo, devem ser consideradas as formações social e cultural do estudante, que também exercerão influência em sua formação profissional.

VIII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A universidade é um espaço privilegiado para o exercício da reflexão crítica e deve ser formador de pessoas engajadas, com um olhar mais investigativo sobre a realidade, com compromisso de retorno à sociedade dos conhecimentos ali produzidos ou adquiridos, em forma de benefícios à qualidade de vida de todos, como cidadão e como profissional, no exercício de uma Odontologia na perspectiva da promoção de saúde.

O conhecimento dos fundamentos teóricos e práticos da Bioética é, assim, fundamental para a formação do profissional da saúde, pois favorece a compreensão da realidade numa perspectiva consciente, crítica e interdisciplinar. Ao ler e discutir sobre temas da pauta bioética, o estudante se depara com análises sobre sistemas de valores, crenças e atitudes, que servirão de subsídio para a ponderação ética e deliberação de conduta, desenvolvendo habilidades e capacidades que melhor o qualificam para o exercício da assistência em saúde.

Corresponde a um referencial que possibilita a reflexão, que é favorecedor da construção de uma visão crítica de mundo, em atenção aos problemas sociais, culturais e econômicos que a realidade de cada população traduz, contribuindo para formação humanística do odontólogo e estimulando o compromisso social de intervir para melhorar a qualidade de vida das pessoas, especialmente na esfera de sua atuação profissional.

Por envolverem os problemas de saúde aspectos multi e interdisciplinares, e assim também pressupõe a epistemologia da bioética, pode a disciplina contribuir para a análise das situações-problema, dos dilemas morais e conflitos de interesses no campo da atenção em Odontologia.

A Bioética pode, assim, contribuir de diferentes maneiras para o exercício responsável e de qualidade da Odontologia no país. A área da saúde bucal representa fértil campo para a aplicação do conhecimento bioético, pela precária realidade brasileira, pelo muito que precisa ser alcançado.

Em um contexto “micro”, os princípios e fundamentos da Bioética são importantes para a compreensão e discussão dos aspectos que envolvem as

relações interpessoais, contribuindo para a mediação de conflitos, para o entendimento e o respeito às diferenças de interesses e valores. É fundamental que seja respeitada a autonomia dos sujeitos envolvidos e que as relações se pautem na reciprocidade, na interação, na tomada conjunta de decisões.

Em uma esfera “midi”, pode auxiliar no debate e defesa da valorização da profissão, por sua inegável importância social (saúde bucal – saúde geral), e, paralelamente à Ética Deontológica, contribuir para o exercício profissional digno, para relações harmônicas e respeitadas entre os pares.

De forma mais ampla, macrocontextualizada, o referencial bioético pode servir de instrumento para a análise, discussão e intervenção na realidade do país, nos campos das situações persistentes (exclusão, abandono, miséria, marginalização, fome, desnutrição, não acesso à atenção em saúde, alocação e distribuição de recursos escassos para educação/saúde/segurança, entre outros) e das situações emergentes (pesquisa científica, avanços científicos e tecnológicos, engenharia genética, diagnóstico preditivo de doenças, dados do genoma humano, clonagem, manipulação de células-tronco, doação e transplante de tecidos e órgãos, uso de materiais de interação biológica, a biotecnologia com excludente, perspectivas futuras, meio ambiente, gerações futuras, etc.).

Ainda a partir da década de 60, houve a retomada da importância da ética prática, aplicada às questões cotidianas, em suas três esferas: a Ética Ambiental, a Ética dos Negócios (Business Ethics) e a Bioética. Na atualidade, a reflexão ética ganha cada vez mais espaço, em associação ao respeito aos direitos humanos fundamentais. Nesse contexto, não pode a Odontologia se manter à margem desta invocação, sob pena de perder, por alienação, o passar dos tempos, a incorporação e mudança de valores, constatadas na vida humana em todas as suas relações e não somente na área da saúde. É preciso olhar e aprender para além da pura aplicação da técnica, da prática privada elitista. E, atento ao que a vida apresenta, cria e transforma, deve o profissional buscar sempre, de forma sábia e tolerante, exercer uma prática digna, engajada e justa.

Para se alcançar a dignidade desejada em saúde bucal da população brasileira, é indispensável que todos os atores direta e indiretamente relacionados com essa causa assumam sua parcela de comprometimento e intervenham na realidade, sejam sujeitos ativos do processo. O elemento ético capaz de agregar a

todos é a compreensão e o exercício da responsabilidade, não só técnico-científica, mas principalmente moral e social.

A ética assume hoje dimensão pública e deve, pois, ser considerada uma exigência sócio-política. O desafio de transformar os princípios éticos em medidas práticas, por meio de ações técnicas e políticas, constitui importante eixo no processo de conquista da cidadania, através da materialização da saúde como um direito de todos.

IX – CONCLUSÕES

A partir da análise dos dados obtidos, defende-se a hipótese de aceitação de que o ensino da Bioética representa um diferencial positivo na formação em Odontologia, contribuindo para uma prática profissional mais consciente e crítica, por meio de reforço ao domínio atitudinal do aluno.

Conclui-se que:

1. A Bioética é um referencial importante no ensino e na prática da Odontologia;
2. A Bioética e a Deontologia são conteúdos complementares para a adequada formação ética profissional em Odontologia;
3. A formação em Bioética possibilita uma melhor distinção entre as diferentes acepções/concepções do termo “ética”, bem como um melhor discernimento entre “ética deontológica” e “bioética”;
4. Houve uma associação, pelos estudantes de Odontologia e profissionais entrevistados, entre a formação em ética e uma real possibilidade de sua aplicação nas práticas cotidianas, e não somente como exercício de reflexão abstrata;
5. A partir dos depoimentos dos participantes da pesquisa, evidenciou-se uma maior atenção dada aos domínios cognitivo e psicomotor, em sua formação, comparativamente ao domínio atitudinal;
6. Estudantes e cirurgiões-dentistas com formação em Bioética demonstraram uma percepção mais consciente e uma concepção mais elaborada e crítica sobre temas bioéticos relevantes para o exercício profissional.

X – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations for Educational, Scientific and Cultural Organizations - UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris, 19 de outubro de 2005. Disponível em: URL: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>.
2. Prado MM, Tapajós A. Tradução: Esboço da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – Paris, 24 de junho de 2005. Revista Brasileira de Bioética, seção documentos, 2005; 1(2): 212-27.
3. Bellino F. Fundamentos da Bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru: EDUSC; 1997.
4. Garrafa V. Apresentando a Bioética. Série Bioética. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética / Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares / UnB. 1998a; Texto 10.
5. Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, coordenadores. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
6. Garrafa V. A Dimensão da Ética em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública - USP / Kellogg Foundation; 1995.
7. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde Pública, Bioética e Eqüidade. Bioética 1997; 5(1): 27-33.
8. Prado MM, Garrafa V. A bioética no ensino e na prática da odontologia. Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética; 2005. p. 157.
9. Prado MM, Garrafa V. A bioética como diferencial na formação em odontologia: análise da importância da disciplina para uma prática odontológica mais consciente e crítica. Revista da ABENO 2006; 6(2): 155.

10. Estrela C. Metodologia Científica: ensino e pesquisa em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
11. Noro LRA, Albuquerque DF, Ferreira MEM. O desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem: visão do aluno e do professor. Revista da ABENO 2006; 6(2): 109-14.
12. Moysés SJ. A humanização da educação em Odontologia. Pro-Posições/UNICAMP 2003; 14(1): 40-74.
13. Krigger L, Moysés SJ, Moysés ST. Humanismo e formação profissional. Cadernos da ABOPREV I. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde / ABOPREV; 2005.
14. Portillo JAC. A inserção da odontologia no S.U.S. – avanços e dificuldades [Tese de Doutorado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 1998.
15. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB. Diário Oficial da União 1996; 23 dez.
16. Carvalho ACP. Ensino de odontologia em tempos de LDB. Canoas: ULBRA; 2001.
17. Resolução CNE/CES n.º 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União 2002; 4 mar.
18. Mello ACF. Mercado de trabalho, política de saúde bucal e formação profissional: o que pensam estudantes de odontologia [Dissertação]. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde da UFRJ; 2004.
19. Resolução CFO n.º 22, de 27 de dezembro de 2001. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia; 2001.

20. Associação Brasileira de Ensino Odontológico. Relatório com base nas atividades da 40.^a Reunião Anual da ABENO e 31.^o Encontro Nacional dos Dirigentes de Faculdades de Odontologia. Revista da ABENO 2006; 6(1): 89-95.
21. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33.^a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
22. Ministério da Saúde. Ministério da educação. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Educação Superior. Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde / Ministério da Educação; 2005a.
23. Freire MCM, Souza CS, Pereira HR. O perfil do acadêmico de odontologia da Universidade Federal de Goiás. Divulgação Em Saúde Para Debate 1995; 10: 15-20.
24. Brustolin J, Brustolin J, Toassi RFC, Kuhnen M. Perfil do acadêmico de odontologia da Universidade do Planalto Catarinense – Lages – SC, Brasil. Revista da ABENO 2006; 6(1): 70-6.
25. Carvalho ACP. Planejamento do curso de graduação de odontologia. Revista da ABENO 2004; 4(1): 7-13.
26. Carvalho ACP. Educação e saúde em odontologia: ensino da prática e prática do ensino. São Paulo: Santos; 1995.
27. Morita MC, Krigger L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. Revista da ABENO 2004; 4(1): 17-21.
28. Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: UNESCO / Editora Gaia; 2006.
29. Blackburn S. Dicionário Oxford de Filosofia. São Paulo: Jorge Zahar Editor; 2000.

30. Garrafa V. Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. Medicina - Conselho Federal 1998b Set; ano XIII, n. 97: 28.
31. Vázquez AS. Ética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
32. Marcos B. Ética e Profissionais de Saúde. São Paulo: Santos; 1999.
33. Oliveira RA. Diferenças entre a ética médica e a bioética. Jornal Medicina – Conselho Federal 2005 Ago/Set/Out.
34. Ramos DLP. Alguns comentários sobre ética profissional odontológica. In: Silva M. Compêndio de Odontologia Legal. São Paulo: MEDSI; 1997. p. 51-8.
35. Segre M, Cohen C, organizadores. Bioética. 2 ed. São Paulo: Edusp; 1999.
36. Garrafa V. Introdução à Bioética. Série Bioética. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética / Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares / UnB 1998c; Texto 11.
37. Engelhardt Jr. HT. Fundamentos da Bioética. São Paulo: Loyola; 1998.
38. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
39. Resolução CFO n.º 42, de 20 de maio de 2003. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO n.º 179/91 e aprova outro em substituição. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia; 2003.
40. Garrafa V. Bioética, Saúde e Cidadania. O Mundo da Saúde 1999 Set/Out; ano 23, vol. 23(5): 263-9.
41. Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Mundial de Saúde divulga os seus primeiros resultados no Brasil. Disponível em: URL: <http://www.fiocruz.br>.

42. Garrafa V. Saúde Bucal e Cidadania. Saúde em Debate (CEBES) 1993; 41: 50-7.
43. Garrafa V, Moysés SJ. Odontologia Brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. Divulgação Em Saúde Para Debate 1996; 13: 6-17.
44. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003, Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
45. Fontoura MD, Almeida AP, Marques CMS, Prado MM, Cordón J. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde. In: Garrafa V, Cordón J, organizadores. Pesquisas bioéticas no Brasil de hoje. São Paulo: Editora Gaia; 2006. p.157-70.
46. Costa AKG, Lago DMSK, Tapajós ECC, Bachi SM, Prado MM. A interdisciplinaridade nas práticas de saúde: reflexões bioéticas sobre o projeto de lei que define o ato médico. In: Bioética Global: biomédica/biotecnológica, social e ambiental. Cadernos do CEAM 18; 2005. p. 41-58.
47. Ministério da Saúde. Saúde, Brasil. Publicação do Ministério da Saúde, ed. n.º 116; 2005b Dez.
48. Narvai PC. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos; 2002.
49. Jonas H. Il Principio Responsabilità: un' ética per la civiltà tecnologica. Turim: Einaudi Editore; 1990.
50. Siqueira JE. Ética e Tecnociência: uma abordagem segundo o princípio da responsabilidade de Hans Jonas. Londrina: UEL; 1998.

51. Garrafa V. Bioética e Odontologia. In: Krigger L, organizador. Promoção de Saúde Bucal. 3.^a ed. São Paulo: ABOPREV - Artes Médicas; 2003. p. 495-504.
52. Prado MM, Freitas AF, Ribeiro-Rotta RF. A relação cirurgião-dentista – paciente: associando o “ser” ao fazer. In: Branco RFGR. A relação com o paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 270-79.
53. Berlinguer G. Questões de Vida: Ética, Ciência, Saúde. Salvador/São Paulo/Londrina: APCE/HUCITEC/CEBES; 1993.
54. Berlinguer G. Ética da Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996.
55. Cohen C, Segre M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In: Segre M, Cohen C, organizadores. Bioética. 3.^a ed. São Paulo: Edusp; 2002. p. 17-26.
56. Silva FL. Beneficência e paternalismo. Medicina – Conselho Federal Brasília 1997 Dez; ano X, 88: 8-9.
57. Garrafa V, Prado MM, Bugarin Jr. JG. Bioética e Odontologia. In: Vieira TR, organizadora. Bioética nas Profissões. Petrópolis: Vozes; 2005.
58. Schramm FR. Respeito à autonomia. Cadernos de Ética em Pesquisa 1999; 2(3): 16-9.
59. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, coordenadores. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
60. Freitas AF, Prado MM. Princípios bioéticos norteadores do atendimento odontológico a pacientes portadores de necessidades especiais: autonomia x beneficência. In: Giraldo N, Siqueira JE, Garrafa V, Prota L, organizadores. Bioética: estudos e reflexões 4. Londrina: Editora UEL; 2003. p. 301-28.

61. Kottow MH. Fundamentos de bioética. In: Kottow MH. Introducción a la bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitária; 1995. p. 72-6.
62. Cheney GH. Effect of patient behavior and personality on treatment planning. Dent Clin North Am 1977; 21: 531-38.
63. Segre M. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. In: Segre M, Cohen C, organizadores. Bioética. 3.^a ed. São Paulo: Edusp; 2002. p. 27-34.
64. Garrafa V, Prado MM. Conduta Ética em Pesquisa. In: Mastroeni MF, organizador. Biossegurança Aplicada a Laboratórios e Serviços de Saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.
65. Garrafa V, Prado MM. Mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. Cadernos de Saúde Pública 2001 Nov/Dez; vol.17, 6: 1489-96.
66. Beecher HK. Ethics and Clinical Research. New England Journal of Medicine 1966; 274(24): 1354-60.
67. Ramos DLP. Perspectivas bioéticas na atenção da saúde bucal. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: Edições Loyola / Centro Universitário São Camilo; 2003. p. 161-67.
68. Seidemann M, Torres E. La docência odontológica: un desafío fascinante. International College of Dentists Section Fourth Magazine 2000; 7(1): 59-68.
69. Goldenberg MJ. Evidence-based ethics? On evidence based practice and the “empirical turn” from normative bioethics. BMC Medical Ethics 2005; 6(11): 1-9.
70. Richards D, Lawrence A. Evidence-based dentistry. Br Dent J 1995; 179(7): 270-3.

71. Werb SB, Matear DW. Implementing evidence-based practice in undergraduate teaching clinics: a systematic review and recommendations. *J Dent Educ* 2004; 68(9): 995-1003.
72. Marinho VCC, Richards D, Niederman R. Variation, certainty, evidence, and change in dental education: employing evidence-based dentistry in dental education. *J Dent Educ* 2001; 65(5): 449-55.
73. Masella RS, Thompson TJ. Dental education and evidence-based educational best practices: bridging the great divide. *J Dent Educ* 2004; 68(12): 1266-71.
74. Coulter ID. Evidence-based dentistry and health services research: is one possible without the other?. *J Dent Educ* 2001; 65(8): 714-24.
75. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
76. Bertolami CN. Why our ethics curricula don't work. *J Dent Educ* 2004; 68(4): 414-25.
77. Koerber A, Botto RW, Pendleton DD, Albazzaz MB, Doshi SJ, Rinando VA. Enhancing ethical behavior: views of students, administrators, and faculty. *J Dent Educ* 2005; 69(2): 213-24.
78. Jenson LE. Why our ethics curricula do work. *J Dent Educ* 2005; 69(2): 225-28.
79. Bertolami CN. Further dialogue on ethics in dental education: a response to the Koerber et al. and Jenson articles. *J Dent Educ* 2005; 69(2): 229-31.
80. Berk NW. Teaching ethics in dental schools: trends, techniques, and targets. *J Dent Educ* 2001; 65(8): 744-50.
81. Graham PE, Harel-Raviv M. The future of informed consent and patient-dentist communication. *J Can Dent Ass* 1997; 63(6): 460-63.

XI – ANEXOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: “A BIOÉTICA COMO DIFERENCIAL NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA: Análise da importância da disciplina para uma prática odontológica mais consciente e crítica.”

Orientador: Prof. Dr. Volnei Garrafa.

Pesquisador: Mauro Machado do Prado

QUESTIONÁRIO

- Data de preenchimento: ____ / ____ / ____.

Parte I – Levantamento de Dados

Analise as assertivas/perguntas constantes deste questionário e responda, cuidadosamente, de acordo com as respectivas ESCALAS apresentadas como referência para cada grupo de assertivas/perguntas.

Suas respostas são muito importantes para que a presente pesquisa alcance os objetivos almejados, por isso pedimos que contribua com atenção, dando sua opinião verdadeira sobre os temas abordados.

Desde já, manifestamos nossa gratidão.

- ESCALA DE QUANTIDADE:

- N – nada
- P – pouco
- M – muito
- T – totalmente

	N	P	M	T
Em que medida o seu curso de graduação contempla/contemplou a parte teórica da profissão?				
Em que medida o seu curso de graduação contempla/contemplou o desenvolvimento das habilidades motoras da profissão?				
Em que medida o seu curso de graduação contempla/contemplou aspectos éticos da profissão?				

- ESCALA DE SATISFAÇÃO:

- TI – totalmente insatisfeito
- MI – muito insatisfeito
- NINS – nem insatisfeito nem satisfeito
- MS – muito satisfeito
- TS – totalmente satisfeito

	TI	MI	NINS	MS	TS
Como você se sente com relação ao conhecimento teórico que está recebendo/recebeu em seu curso de graduação?					
Como você se sente com relação ao ensino para o desenvolvimento de suas habilidades práticas/motoras em seu curso de graduação?					
Como você se sente com relação à orientação/formação ética que está recebendo/recebeu em seu curso de graduação?					

- ESCALA DE QUALIDADE:

- P – péssimo
- R – ruim
- Ra – razoável
- B – bom
- O – ótimo

	P	R	Ra	B	O
Classifique a condição de saúde bucal da população brasileira.					
Classifique o acesso da população brasileira a serviços públicos de atenção em saúde bucal.					
Classifique o seu envolvimento/engajamento com a realidade brasileira em saúde bucal.					

- ESCALA DE FREQUÊNCIA:

- N – nunca
- R – raramente
- Às V – às vezes
- F – freqüentemente
- S – sempre

	N	R	Às V	F	S
Com que freqüência o paciente pode participar das decisões sobre o tratamento a que irá se submeter?					
Com que freqüência a pesquisa científica clínica na área da Odontologia envolve riscos ao paciente?					

- ESCALA DE CONCORDÂNCIA:

- DT – discordo totalmente
- DGP – discordo em grande parte
- NDNC – nem discordo nem concordo
- CGP – concordo em grande parte
- CT – concordo totalmente

	DT	DGP	NDNC	CGP	CT
O profissional pode omitir informações ao paciente sobre seu estado de saúde.					
O profissional deve dialogar com o paciente sobre a oportunidade e conveniência do tratamento a ser realizado.					
Os avanços científicos e tecnológicos no campo da Odontologia são sempre facilitadores do acesso da população à assistência nessa área.					

Parte II – Perfil do Entrevistado

1. Sexo: F M

2. Idade: _____ anos

3. Cor: Branca Negra Parda Indígena Amarela

4. Estudante Clínico Geral Especialista Mestre Doutor

Especialidade: _____

Mestrado: _____

Doutorado: _____

5. Tempo de profissão: 1 a 5 anos 6 a 10 anos 11 a 20 anos

mais de 20 anos

6. Atuação profissional: Setor Público Setor Privado

7. Você tem alguma formação em Bioética? SIM NÃO

8. No caso de resposta afirmativa, qual formação?

Nome do curso: _____

Instituição promotora: _____

Nome da disciplina/módulo de Bioética: _____

Carga horária de formação em Bioética: _____

ANEXO 2

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: “A BIOÉTICA COMO DIFERENCIAL NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA: Análise da importância da disciplina para uma prática odontológica mais consciente e crítica.”

Orientador: Prof. Dr. Volnei Garrafa.

Pesquisador: Mauro Machado do Prado

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Parte I – Perfil do Entrevistado

GRUPO: Grupo I – A Grupo I – B Grupo II – A Grupo II – B.

Caso aplicável, descrever a formação em Bioética:

Nome do curso: _____

Instituição promotora: _____

Nome da disciplina/módulo de Bioética: _____

Carga horária de formação em Bioética: _____

1. Sexo: F M

2. Idade: _____ anos

3. Cor: Branca Negra Parda Indígena Amarela

4. Estudante Clínico Geral Especialista Mestre Doutor

Especialidade: _____

Mestrado: _____

Doutorado: _____

5. Tempo de profissão: 1 a 5 anos 6 a 10 anos 11 a 20 anos

mais de 20 anos

6. Atuação profissional: Setor Público Setor Privado

Parte II – Levantamento de Dados

(com NOTAS A SEREM OBSERVADAS PELO ENTREVISTADOR – em itálico)

Questão 01. O que você entende por “**Ética**”?

Busca-se, com esta pergunta, verificar se o entrevistado associa a palavra “ética” tão somente à “ética deontológica”, por ser esta a formação mais comumente oferecida nos cursos de Odontologia, e, de uma maneira geral, nos demais cursos das ciências da saúde. Tem o objetivo de identificar a que acepção/modelo de análise ética vai se referir o entrevistado.

Questão 02. Você conhece o termo “**Bioética**”? Em caso afirmativo, perguntar: O que você entende por “**Bioética**”?

A pergunta poderá ser respondida por ambos os grupos, aqueles com e sem formação em Bioética. Servirá para analisar: a conceituação atribuída à Bioética; se tal formação possibilita uma melhor distinção do entrevistado com relação às diferentes acepções do termo “ética” e às diferentes formas/modelos de análise ética; se há discernimento entre “ética deontológica” e “bioética”, como “ética aplicada”.

Questão 03. Pedir o entrevistado para descrever como está sendo/foi sua **formação** em Odontologia. Especificamente, perguntar: 3.1. Você poderia descrever como está sendo/foi sua formação em **conhecimento teórico**, ou seja, relacionada aos aspectos conceituais da Odontologia?; 3.2. O que diria sobre o desenvolvimento de suas **habilidades motoras**, ou seja, a parte prática do curso?; 3.3. Como está sendo/foi a orientação que recebe/recebeu sobre o enfoque de **atitudes e ética (conduta)** na prática profissional?

*Inicialmente, deixar o entrevistado se manifestar, de forma espontânea, sobre sua formação. No entanto, este é o momento reservado para a coleta de dados que possibilitem analisar se o processo de ensino e aprendizagem na formação do participante está/foi pautado nos diferentes domínios, a saber: o cognitivo, o psicomotor e o afetivo/atitudinal. Assim, a partir de sua manifestação, dirigir, de forma pertinente, as perguntas que abordam diretamente o que se pretende levantar. O pesquisador deve se lembrar de que: o **domínio cognitivo** está vinculado à memória e ao desenvolvimento de capacidades e habilidades*

*intelectuais, indica as mudanças mentais do educando no plano de conhecimento; o **domínio psicomotor** está relacionado à área de habilidades manipulativas ou motoras, como a manipulação de materiais ou objetos, ou algum ato que requer coordenação neuro-muscular; o **domínio afetivo/attitudinal** descreve mudanças de sentimentos, interesses, atitudes, valores, e o desenvolvimento de tomada de consciência, apreciação e organização de um sistema de valores, fundamentais para a análise/ponderação ética e deliberação de conduta. A partir dos depoimentos dos estudantes de Odontologia e profissionais entrevistados, deve-se analisar a atenção dada ao domínio attitudinal, em sua formação, comparativamente aos domínios cognitivo e psicomotor. Os relatos deverão ainda permitir ao pesquisador: inferir se o entrevistado entende ser ou não importante a formação ética; analisar a percepção dos participantes da pesquisa quanto à aplicabilidade prática da reflexão ética, ou seja, se o entrevistado consegue associar a formação em ética a uma real possibilidade de aplicação nas práticas profissionais cotidianas, e não somente como exercício de reflexão abstrata. Analisar noções de: cuidado ético paralelo ao cuidado terapêutico. Verificar se haverá relato de aplicação da ponderação ética no processo de tomada de decisões, nas diferentes relações interpessoais no exercício da profissão (profissional-profissional; profissional-paciente; profissional-familiares) e mesmo para além delas (profissional-comunidade; compromisso social; ética da responsabilidade). O entrevistador deve coordenar, de forma atenta e criteriosa, este momento da entrevista, para que o entrevistado realmente entenda o sentido das indagações e, assim, possa prestar informações que possibilitem identificar haver ou não priorização, em sua formação, dos aprendizados cognitivo e psicomotor, em detrimento do attitudinal.*

Questão 04. Qual sua análise a respeito do **quadro de saúde bucal coletiva** no Brasil?

Oportunidade para analisar a atenção/percepção do entrevistado a respeito da realidade brasileira em saúde bucal, cujo quadro inegavelmente representa um dos grandes problemas para a qualidade de vida da população brasileira e que, portanto, não pode passar despercebido pelo profissional da Odontologia, sobre o qual não pode ele, tampouco, omitir-se. Verificar se são mencionadas categorias como: justiça; equidade; igualdade; escassez de recursos; alocação e distribuição de recursos; dilemas éticos; ética da responsabilidade pública e individual. Serve para

analisar a consciência crítica do estudante/cirurgião-dentista diante da situação real, sua noção de justiça social e de seu compromisso social. Ou se o entrevistado fará apenas colocações negativas, pejorativas, com relação à esfera pública de atenção em saúde, sem se perceber também inserido no contexto, sem manifestar responsabilidade moral diante dos problemas.

Questão 05. Sendo a Odontologia uma profissão que pode ser exercida seja **no campo privado ou na esfera pública de assistência em saúde**, que observações relevantes você faria com relação a cada uma dessas duas esferas de atuação profissional?

Analisar a percepção do entrevistado quanto à possibilidade do exercício profissional no setor público, e não somente no âmbito privado (a prática autônoma/liberal/individual). Verificar se haverá argumentação no sentido de que o exercício da Odontologia no campo público representa mercado de trabalho (o SUS como empregador) e oportunidade para interferir na realidade que se apresenta, buscando a melhoria da atenção para a população (compromisso social). De forma objetiva, investigar se o entrevistado menciona a inserção do cirurgião-dentista nas práticas públicas coletivas de atenção em saúde, por exemplo, através do Programa de Saúde da Família (PSF). Representa uma pergunta com intenção de também analisar, como a anterior, se há menção a compromisso com uma prática equânime, para todos, e de qualidade. É possível que também sejam feitas colocações exclusivamente depreciativas do sistema de saúde pública no país, sem conhecimento e/ou envolvimento do entrevistado com o quadro que se apresenta no Brasil.

Questão 06. O que representa o **paciente** para você?

Analisar noções de: alteridade; respeito pela pessoa; autonomia; beneficência; não-maleficência; justiça; subordinação; entrega; vulnerabilidade; paternalismo; poder técnico; poder moral; conflito de interesses. Ou seja, a leitura que o entrevistado faz daquele a quem assiste, buscando-se analisar se há ou não respeito pela liberdade e dignidade do paciente. Deve-se verificar se há associação entre o “paciente” e noções de fragilidade, cuidado, atenção, amparo, proteção, em concepção/atitude paternalista diante do assistido, em detrimento do

reconhecimento deste como sujeito ativo/participante do processo de atenção a sua saúde.

Questão 07. Na sua prática clínica, como são **tomadas as decisões** quanto ao tratamento odontológico a ser realizado?

Analisar noções de: alteridade; respeito pela pessoa; autonomia; dever de prestar informação adequada; interação; reciprocidade na relação profissional-paciente; participação do paciente no processo de tomada de decisões; respeito à dignidade do assistido; obtenção de consentimento livre e esclarecido; ouvir o outro quanto à oportunidade e conveniência daquilo que lhe diga respeito; participação de familiares; discernimento entre capacidade técnica e poder moral; mediação em caso de conflitos de interesses; equilíbrio no exercício profissional/relação profissional-paciente. A mesma verificação de eventual posicionamento/concepção paternalista deve ser realizada nesse momento da entrevista, bem como o inverso, ou seja, de um possível distanciamento/não envolvimento do profissional com relação ao sofrimento do paciente.

Questão 08. O que você sabe dizer sobre as iniciativas brasileiras no sentido de **acompanhamento ético de pesquisas científicas**?

A Bioética aparece fortemente associada à nova cultura de análise e acompanhamento ético de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Este é, sem dúvida, um avanço no respeito aos direitos humanos no país. Com as respostas a esta pergunta, poder-se-á analisar as diferenças entre os relatos dos que têm formação e dos que não têm formação em Bioética, uma vez que a ética na pesquisa é parte importante da pauta bioética. Saber das iniciativas nesse campo mostra conhecimento acerca de um tema de conflitos históricos e, ao mesmo tempo, extremamente atual. Ainda, estudar noções de: direitos humanos; mito da neutralidade da ciência; controle ético como um outro olhar que não o exclusivamente científico ou tecnológico; controle social; Sistema CEPs/CONEP.

Questão 09. A **pesquisa científica na área da Odontologia** pode ser prejudicial ao paciente (sujeito participante)? Solicitar justificativa.

Com a pergunta, procura-se analisar se o entrevistado tem conhecimento de que, segundo as diretrizes brasileiras, toda pesquisa envolve um risco, há a

possibilidade de eventual dano, e, portanto, requer cuidado e atenção por parte do pesquisador. Verificar se aparecem relatos de que isto não se aplicaria às pesquisas em Odontologia, como se fossem neutras ou mesmo sempre benéficas para os participantes. Principalmente com relação às pesquisas clínicas em Odontologia, ver se há associação exclusiva com benefícios aos sujeitos dos experimentos.

Questão 10. Diante dos constantes e acelerados avanços científicos e tecnológicos, o que você diria sobre as **perspectivas futuras** para a ciência odontológica?

Verificar se aparecerão associações entre avanços científicos e tecnológicos e a Odontologia, e, principalmente, se serão suscitados aspectos éticos dentro desse contexto. Em específico, verificar se surgirão relatos sobre as possibilidades terapêuticas diversas e seus desdobramentos éticos, por exemplo, com células-tronco e suas aplicações na Odontologia, como clonagem de tecidos ou mesmo de dentes humanos. Ainda, se haverá alguma menção ao fato do desenvolvimento biotecnológico poder ser excludente, uma vez que os recursos podem estar acessíveis a poucos, principalmente diante das diferenças sociais encontradas no país. Ver se serão feitas associações limitadas à qualidade de equipamentos, materiais e instrumentais de uso odontológico, sem que questões éticas sejam abordadas.

ANEXO 3

Parecer favorável do projeto de pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, integrante do sistema de acompanhamento ético de pesquisas envolvendo seres humanos no país – Sistema Comitês de Ética em Pesquisa/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Sistema CEPs/ CONEP).



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 048/2006

Título do Projeto: “A Bioética como diferencial na formação em odontologia: Análise da importância da disciplina para uma prática odontológica mais consciente e crítica”.

Pesquisador Responsável: Mauro Machado do Prado

Data de Entrada: 17/05/2006.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 048/2006 com o título: “A Bioética como diferencial na formação em odontologia: Análise da importância da disciplina para uma prática odontológica mais consciente e crítica”. Analisado na 5ª Reunião, realizada no dia 06 de junho de 2006.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 06 de junho de 2006.

Prof. Dr. Jorge Alberto Córdón Portillo
Coordenador do CEP-FS/UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro
Faculdade de Ciências da Saúde

ANEXO 4

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: “A BIOÉTICA COMO DIFERENCIAL NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA: Análise da importância da disciplina para uma prática odontológica mais consciente e crítica.”

Orientador: Prof. Dr. Volnei Garrafa.

Pesquisador: Mauro Machado do Prado

Formas de contato: Cátedra UNESCO de Bioética – (0xx61) 33073946.
Celular – (0xx62) 84170126.
Residência – (0xx62) 32331860.

Prezado(a) Colaborador(a),

Convidamos você para participar, voluntariamente, de uma pesquisa sobre a importância do campo de estudo da Bioética no ensino e na prática da Odontologia, que resultará na elaboração de Tese a ser apresentada e defendida junto ao Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Serão colhidos depoimentos de estudantes do Curso de Graduação em Odontologia e de profissionais em exercício da prática clínica há pelo menos 01 (um) ano, em diferentes grupos, referentes àqueles que tiveram formação no campo de estudo da Bioética e aos que não tiveram essa formação, com vistas a obter dados que permitam uma análise de sua concepção sobre temas importantes para a prática profissional, em atenção à realidade brasileira, bem como pesquisar seu posicionamento e suas atitudes com relação a questões de interesse bioético.

Lembramos que sua participação no projeto não é obrigatória e que, aceitando colaborar, pode a qualquer momento desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador nem com a instituição.

Esclarecemos que o objetivo do estudo é analisar se o ensino da Bioética representa um diferencial na formação em Odontologia, contribuindo ou não para uma prática profissional mais consciente e crítica.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário / ser entrevistado, sob a orientação e acompanhamento do pesquisador. O seu relato será obtido por escrito / gravado em áudio (fita cassete) e transcrito, em local e horário de sua conveniência.

Asseguramos que todos os dados levantados pelo estudo são sigilosos, a eles tendo acesso apenas o pesquisador e o orientador envolvidos. Certificamos que não haverá nenhuma forma de identificação pessoal durante quaisquer das fases do estudo e, após sua conclusão, em nenhum de seus desdobramentos (apresentações e publicações).

Estando informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo deste trabalho e disposto a prestar sua colaboração, pedimos o seu consentimento por escrito.

CONSENTIMENTO DA PESSOA PARA PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO:

Eu, _____, R.G. de número _____, _____ (estudante / profissional), abaixo assinado(a), concordo em participar do estudo "A BIOÉTICA COMO DIFERENCIAL NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA: Análise da importância da disciplina para uma prática odontológica mais consciente e crítica", como sujeito.

Declaro ter sido devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos, assim como sobre os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento e por qualquer motivo sem que isto leve a qualquer prejuízo ou penalização para mim.

Fui informado pelo pesquisador que o produto final do estudo consiste em uma Tese de Doutorado, que será apresentada e defendida junto a uma Banca Examinadora, de acordo com as normas do Curso de Pós-Graduação mencionado.

Por fim, concordo ainda com a utilização dos dados obtidos através de minha participação, para quaisquer outras apresentações e elaborações de trabalhos científicos a serem publicados, tendo sido assegurado de que em nenhuma delas ocorrerá qualquer forma de identificação da minha pessoa.

Brasília, _____ de _____ de 2006.

Voluntário(a): _____

Pesquisador: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____