

MARIA CAROLINA LUCATO

**A HUMANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES ASSISTENCIAIS NO CÓDIGO
DE ÉTICA ODONTOLÓGICA – RESOLUÇÃO 42/2003, DE 20 DE
MAIO DE 2003**

São Paulo

2005

Maria Carolina Lucato

**A Humanização das Relações Assistenciais no Código de Ética
Odontológica – Resolução CFO 42/2003, de 20 de maio de 2003**

Dissertação apresenta à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Deontologia e Odontologia Legal

Orientador: Prof. Dr. Dalton Luiz de Paula Ramos

São Paulo

2005

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lucato MC. A humanização das relações assistenciais no Código de Ética Odontológica – Resolução CFO 42/2003 de 20 de maio de 2003 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

São Paulo, / / 2005.

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu pai, **Marcos**, pelas possibilidades culturais e educacionais que pôde me proporcionar para que eu chegasse até aqui.*

*À minha mãe, **Judite**, por todos os momentos de apoio incondicional, ou seja, sempre.*

*À **Gabi**, pela paciência, saudade e forte amizade.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Dalton, que sempre acreditou no meu trabalho, e continua, com seus ensinamentos, fortalecendo minha vida, muitíssimo obrigada.

Aos meus avós, Mário e Silvina, pelo prazer de me receber em sua casa, fazendo com que me sinta sempre acolhida.

Aos meus avós, Juviliano e Sirta, por suas palavras de incentivo.

Aos meus tios, Marcelo e Nilse, Márcia e Sérgio, que não pouparam esforços para fazer com que este mestrado fosse um sucesso.

Aos meus primos, Mariana, Nina e Fernando, que tiveram paciência e compreensão, me emprestando suas casas, computadores, mães, etc.

Às amigas, Ana Luíza e Márcia, pela amizade compartilhada ao longo desse último ano.

Aos colegas do grupo de Bioética: Nelson, Elaine, Luciana, Nelita, Elaine, Kelli, Alexandre e Rita, pelo incentivo.

Aos amigos do “Santa”: Vane, Fer, Lê, Rê, Fabi, Ketrin, Ana, Bruno, Beto, Isa, Xanxe, Fer Rani e Cathe, pela amizade de vida e torcida organizada.

Às amigas, Luciana e Lígia, que com seu alto-astrol, sempre me colocam pra cima nos momentos de aflição.

Aos Professores do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, que me apoiaram para pudesse chegar aqui hoje.

Àquelas que acreditaram no meu trabalho, Gleidi, Rose, Valéria e Guerdlei, muito obrigada.

Aos colegas do curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia, pela amizade e companheirismo.

Às secretárias do departamento de Odontologia Social, Andréa, Sônia, Laura e Marieta.

Lucato MC. A humanização das relações assistenciais no Código de Ética Odontológica – Resolução CFO 42/2003 de 20 de maio de 2003 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

RESUMO

O avanço técnico-científico das últimas décadas fez com que as Ciências da Saúde, incluindo a Odontologia, se desenvolvessem rapidamente, em prol da saúde do paciente. Por outro lado, o progresso vertiginoso fez com que os profissionais da área da saúde voltassem sua atenção a este desenvolvimento, despersonalizando a relação com o paciente. O ser humano necessita ser olhado e visto na sua totalidade, atitudes que devem ser desenvolvidas pelos profissionais que lidam com pessoas, principalmente pessoas vulnerabilizadas pela dor e pelo sofrimento, como é o caso da Odontologia. Neste sentido, o presente trabalho avaliou, através da técnica hermenêutica, o Código de Ética Odontológica vigente, ou seja, a Resolução 42/2003, em relação à promoção da humanização das relações assistenciais. A interpretação dessa normativa permitiu concluir que o documento que deu origem ao referido código, elaborado na III CONEO preocupou-se com o zelo à saúde do paciente e com o respeito à dignidade do mesmo, preceitos fundamentais da humanização da assistência. E ainda que o Código poderia ser menos repetitivo em algumas questões e ter um objetivo mais definido com ênfase ao conceito de pessoa humana.

Palavras-Chave: Humanização – Relações assistenciais – Odontologia - Código de Ética Odontológica – Bioética

Lucato MC. The humanization of assistance care services in the Code of Dental Ethics – Resolution CFO 42/2003 dated May 20, 2003 [Tese de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

ABSTRACT

The technical and scientific progress made over the last decades promoted a rapid development of Health Sciences, including Odontology for the benefit of the patients' health. On the other hand, this tremendous progress drew the attention of health professionals to the developments made and turned their relationship with their patients more impersonal. People need to be looked upon and seen as a whole, and so professionals must develop their interpersonal skills so as to behave accordingly, especially when faced with people more vulnerable by their pains and sufferings, as it is very often the case in the field of Odontology. For that purpose, this work used a hermeneutic method to assess the Code of Dental Ethics currently in force - i.e., the Resolution 42/2003 - concerning the promotion of more humane assistance care services. The interpretation of this norm enabled to conclude that the draft of the code in reference, which was elaborated at the 3rd Brazilian National Conference on Dental Ethics [“*III CONEO*”] was concerned with the care given to the patients' health and with the respect held for their dignity, both of which are fundamental precepts for the humanization of assistance care services. Finally, the work concluded that the Code would, nevertheless, gain in being less repetitive on some issues and in having a more defined purpose, while emphasizing on the concept of the human being.

Key-words: Humanization – Assistance care services – Odontology - Code of Dental Ethics - Bioethic

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 Relação Profissional da Saúde-Paciente	12
2.1.1 História da odontologia	13
2.1.2 Histórico da relação médico-paciente	22
2.2 Bioética e Deontologia	30
2.3 Avanços Tecnológicos	34
2.4 Humanização	39
2.4.1 Conceitos de humanização	40
2.4.2 Os destinatários da humanização – a relação profissional de saúde- paciente.....	44
3 A HUMANIZAÇÃO NO CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA (RESOLUÇÃO 42/2003)	51
3.1 Os Direitos dos Profissionais e a Humanização das Relações Assistenciais	57
3.2 Os Deveres Fundamentais dos Profissionais da Odontologia e a Humanização das Relações Assistenciais	63
3.3 As Responsabilidades Ético-Profissionais para com os Pacientes e sua Relação com a Humanização	71
3.4 As Responsabilidades Ético-Profissionais da Equipe de Saúde e a Humanização	81

3.5 A Prestação de Serviços como a Prática Empresarial e Seus Aspectos que Implicam na Humanização	83
4 DISCUSSÃO	87
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	95
ANEXO	101

1 INTRODUÇÃO

O ser humano está carente de cuidados. Este fato pode ser percebido em diversas áreas de nossas vidas. Mas é na área da saúde, para qual as pessoas se dirigem quando estão doentes, que se vê com maior nitidez.

A sociedade do século passado foi massificada com inúmeras descobertas, em todos os campos do conhecimento. Em relação à saúde, vieram à tona informações úteis como a cura de doenças e a descoberta de novos medicamentos, que trouxeram ao cuidado à saúde novas esperanças e expectativas.

Os profissionais da saúde, admirados e envoltos por essa tendência tecnicista, passaram a olhar em direção ao progresso, e a relação com o paciente, até então alvo principal do atendimento às pessoas, passou para segundo plano.

Desta forma o paradigma técnico-científico tornou-se hegemônico, frente ao paradigma humanitário.

E como relatado no início deste texto, as pessoas, carentes de atenção, se voltam para a área da saúde com especial ansiedade, na vontade de *serem vistas*, em toda a sua totalidade, ou seja, em todas as suas dimensões: a física, a psicológica, a social moral e a espiritual.

E muitas vezes, encontram um serviço de saúde despersonalizado, destituído de “vida” que possa levar àquele cuidado, o que o paciente realmente precisa.

Pessoas se relacionando com pessoas: é este tipo de relação que acontece na área referida. Com cuidado, zelo, atenção e solidariedade, necessários no cuidado com o ser humano.

Devemos, portanto, resgatar essa atitude, melhorando a relação com o paciente, a relação com a equipe de saúde, buscando o aperfeiçoamento

profissional (com a educação continuada), enfim, resgatando a promoção de humanização na assistência.

E o que, em particular, o Código de Ética Odontológica, o instrumento pelo qual o Conselho Federal de Odontologia, responsável por supervisionar a conduta ética dos profissionais que exercem esta atividade, diz a respeito, e/ou como procura alcançar a humanização das relações assistenciais?

Este instrumento alcança todos os cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental, atendentes de consultório odontológico, técnicos em prótese dental e auxiliares de prótese dental, tentando fazer com que eles promovam a repersonalização de seus serviços.

Para tanto, será feita uma análise do desenvolvimento da profissão odontológica, que foi exercida na maior parte de sua história por médicos e cirurgiões, escrevendo também sobre o histórico da relação médico-paciente, visando alçar um paralelo entre esta relação e a promoção da humanização da assistência.

E ainda, será conceituada humanização para que a identificação desse processo se esclareça durante a redação da hermenêutica da Resolução 42/2003.

Do latim, o termo *hermeneutica* - que interpreta ou que explica - é empregado na técnica jurídica para assinalar o meio ou o modo pelo qual se devem interpretar as leis, a fim de que se tenha delas o exato sentido ou o fiel pensamento do legislador (DE PLÁCIDO; SILVA, 2001). A definição encontrada em Ferreira (1986) é: “interpretação do sentido das palavras; [...] arte de interpretar leis”. Interpretar é também expor, indicar o sentido, dizer o fim, apontar o objetivo.

A hermenêutica traz para o primeiro plano, no tratamento de dados, as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas

profundas desse mundo do dia-a-dia. Assim a reflexão hermenêutica produz identidade da oposição, buscando a unidade perdida. Ela se introduz no tempo presente, na cultura de um grupo determinado para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento o ser que compreende e aquilo que é compreendido (MINAYO, 2004).

Neste sentido, o presente trabalho visa identificar conceitos de promoção da humanização das relações assistenciais na odontologia, no vigente Código de Ética Odontológica, se utilizando, para tanto, da técnica hermenêutica, que visa esclarecer a doutrina que se segue.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Relação Profissional da Saúde-Paciente

A relação profissional da saúde - paciente é uma relação (interpessoal) humana cuja prioridade é a promoção da saúde. É o (um) momento (mais) dramático, rico e denso no contexto das atividades sociais que tem como características principais a aplicação de técnicas, conhecimentos e habilidades pelo médico (agente de saúde) como provedor de saúde em favor do semelhante e , sempre, em nome do bem. Como bem, é fazer ao próximo o que se espera receber do próximo (GOMES, 2003).

Esta é uma relação de interdependência desigual, pois o profissional da saúde, por deter o conhecimento do tratamento, tem um maior poder frente ao paciente. Além de que ao procurar um médico em decorrência de uma moléstia, está o paciente fragilizado pelo sofrimento (TIMI, 2003).

O discurso bioético em relação ao atendimento na área da saúde requer uma reflexão que concerne, sobretudo, a amplitude dos valores que a atenção do profissional deverá considerar em seu encontro com o paciente: a observação, do órgão doente ou a disfunção corpórea; a atenção holística, que compreende o particular no todo orgânico; uso da ciência, para avaliar e poder diagnosticar o caso; e o diálogo entre o paciente e o profissional, que possui valor informativo, terapêutico e de decisão (SGRECCIA, 2003).

2.1.1 História da odontologia

A odontologia foi uma especialidade da medicina, tanto na doutrina quanto na prática (FIGLIOLI, 2001).

O conceito de civilização começa a ser esboçado na Mesopotâmia. Nela começam a florescer, a partir do ano de 4000 a.C., diversos povos, entre eles os da Babilônia e da Suméria (ISMAEL, 2002).

A religião e a magia eram os meios conhecidos para influenciar os deuses e assim evitar as enfermidades e restabelecer a saúde. Nesta época acreditava-se que vermes eram responsáveis pela destruição das estruturas dentárias. Essa civilização conhecia os mesmos processos cariosos e periodontais que sofremos hoje e orações eram proferidas para destruir o verme dentário (FIGLIOLI, 2001).

Relata, a mesma autora, que esta lenda do verme causador da cárie evoluiu como verdade científica ao longo dos séculos, repetida e confirmada por diversos médicos e escritores.

O primeiro dentista com nome conhecido foi Hesi-Re, viveu no Egito e era considerado o “maior dos médicos que tratam dos dentes”. Desta época, datam evidências de que o tratamento odontológico estava separado do tratamento médico geral. No antigo Egito, sem dúvida a medicina bucal era praticada (RING, 1998).

Já na Grécia são encontradas disseminadas entre os escritos Hipocráticos, numerosas referências aos dentes, sua formação e erupção, e as enfermidades da boca e dentes, além dos métodos de tratamento. Hipócrates acreditava que os problemas dentais eram provenientes de uma predisposição natural ou uma debilidade intrínseca. E em relação às pinças para extração de dentes disse que qualquer um poderia usá-las, pois era evidente a forma como deveriam ser

utilizadas. Aparentemente toda a prática dental então existente era realizada pelo médico geral (RING, 1998).

Ring (1998) também escreve que a Odontologia era praticada em Roma, quando a profissão médica encontrava-se ainda na sua infância. Por volta de 450 a.C., os ricos costumavam enterrar seus mortos com adornos de ouro, especialmente para unir dentes perdidos. A profissão médica em Roma era exercida por estrangeiros, escravos e escravos liberados. Também havia mulheres, que combinavam a medicina à magia. Mas a odontologia não se encontra nessa época como profissão separada da medicina. São os trabalhos de Galeno que evidenciam a odontologia como sendo praticada por médicos, que no início da prática de seu ofício, seguia os ensinamentos de Hipócrates de que o diagnóstico e plano de tratamento deviam ser precedidos necessariamente da observação e do estudo.

E assim permaneceu a odontologia, atada aos conhecimentos médicos, e agregada ao ofício desenvolvido por esses profissionais, os médicos ou cirurgiões (FIGLIOLI, 2001).

Albucasis (936 - ?) foi o maior médico do califado do ocidente. Autor de uma enciclopédia de medicina e cirurgia, descreve instrumentos cirúrgicos com detalhes, e foi reconhecido como o cirurgião oral mais conhecido de sua época (RING, 1998).

Figlioli (2001) relata que este grande cirurgião recomendou que para as intervenções o enfermo estivesse sentado no chão, de frente para o operador, colocando a cabeça em seu regaço. Evidentemente, o primeiro elemento adicionado ao consultório elevando o paciente ao solo, foi o assento. Em 1625, o paciente sentava em posição baixa e o operador sentava sobre uma mesa, o que fazia dos instrumentos armas perigosíssimas caso escapassem ou deslizassem das mãos deste operador. Assim sendo, era necessário que a cabeça do paciente ficasse

perfeitamente imóvel, para isso, o operador segurava a cabeça com um pé no ombro e uma mão nos cabelos, ou amarava as mãos do paciente atrás do encosto.

Durante os séculos XIII e XIV, as universidades medievais continuavam tomando por base antigos textos dos gregos e romanos. A dor de dente era, por isso, atribuída aos vermes dentais, e os dentistas a atacavam com mistura de alho-poró com sebo de ovelha, e a aplicavam enquanto o paciente permanecia ajoelhado ou de pé junto a um braseiro onde a mistura era esquentada (RING, 1998).

Ring (1998) relata ainda que desde os primórdios da Igreja, o tratamento médico havia sido patrimônio dos monges, que eram proibidos de realizar operações. Esta tarefa caiu nas mãos dos barbeiros, que exploravam cataratas, abriam abscessos, praticavam sangrias e extraíam dentes.

Os cirurgiões profissionais surgiram destes barbeiros da Europa medieval. Em Paris, em 1210, esta classe foi dividida em cirurgiões, e simples barbeiros, que deveriam consultar previamente um membro do primeiro grupo antes de realizar cirurgia (RING, 1998).

Na Inglaterra, os cirurgiões também se separaram dos barbeiros. Os membros de suas associações eram sem dúvida, bons profissionais, mas também havia hordas de incompetentes, devido a ausência de qualquer nível profissional. O conflito entre cirurgiões e barbeiros atingiu seu apogeu em princípios do século XV, quando abundaram críticas de ambas as partes. Henrique VIII determinou que cirurgiões se limitariam às práticas cirúrgicas e os barbeiros à corte de cabelos e barbas. Mas todos poderiam extrair dente, aplicar sanguessugas e praticar sangrias (RING, 1998).

Nesta época ocorre um crescimento profissional dos cirurgiões europeus, devido aos avanços, principalmente no campo da anatomia (RING, 1998).

Ambroise Paré (1510 – 1590), foi mestre barbeiro cirurgião examinado no hospital da Santa Casa, na França. Buscando maiores horizontes, tornou-se cirurgião-militar. Mas possuía uma enorme experiência como dentista. Sua importância está no seu convencimento de que um cirurgião necessita de uma sólida base anatômica, além da experiência prática (RING, 1998).

Ismael (2002) escreve que Paré é considerado o pai da cirurgia moderna. Passou à história por ter ressuscitado a importância da interferência mínima pregada por Hipócrates, segundo a qual o processo natural na cura de certas doenças e ferimento não deve ser interrompido com o uso de medicamentos, sob pena de eles terem efeito oposto ao pretendido, uma demonstração de respeito ao indivíduo cujo “perfil” humano começa a transformá-lo de cliente em paciente.

Lepargneur (2003) relata que antes de uma operação a ser efetuada por Ambroise Paré, o rei da França pediu para ser tratado como rei; Paré respondeu: “O Sr. não duvide, todos aqui são tratados como se fossem tais”.

Apesar de desdenhados pelos médicos, foram os cirurgiões que fizeram os maiores avanços, a partir do trabalho de Paré e outros pioneiros. Muitos barbeiros-cirurgiões começaram a progredir, graças aos estudos através de livros especificamente dirigidos a eles (FIGLIOLI, 2001).

Ao longo do século XVII, os dentistas mais humildes exerciam sua vocação onde pudessem atrair clientes. Os locais mais comuns eram as praças dos mercados dos povoados das cidades, onde se instalavam mesas e selas sob um guarda-sol. Por vezes se anunciavam ondeando bandeiras de cores berrantes com desenhos de pacientes tratados com êxito, ou alugando tocadores de tambor e músicos para atrair a audiência dos passantes. A imensa maioria dos dentistas ambulantes estava constituída por profissionais ineptos e mal treinados, e por

charlatões que prometiam livrar os dentes de seus vermes. Os profissionais mais prósperos tinham seus próprios locais onde se realizavam operações mais complicadas que as simples extrações (RING, 1998).

O século XVIII introduziu mudanças profundas no exercício da odontologia, impulsionadas pelos descobrimentos científicos do século anterior. Por fim, a odontologia se converteu em uma disciplina científica independente (RING, 1998).

Ring (1998) relata que foi Pierre Fauchard (1678 – 1761) quem unificou e ordenou conhecimentos da ciência odontológica, beneficiando todos os profissionais dessa especialidade, através de seu livro *Le chirurgien dentiste*, que tratou de anatomia, dissertou sobre cárie, doença periodontal e seus tratamentos. E ainda, sobre técnicas de construção de prótese, desprezando o costume do segredo de qualquer das artes terapêuticas.

Pierre Fauchard recomendava que o paciente fosse colocado sobre uma cadeira firme e estável, limpa e cômoda, com encosto de crina ou almofadado, mais ou menos levantado ou inclinado para baixo, para acompanhar a silhueta da pessoa. Apesar disso as atividades ambulantes continuaram sendo mais freqüentes nos pequenos centros, nas aldeias e nos campo (FIGLIOLI , 2001).

Fauchard, através de seus ensinamentos, portanto, dotou gabinete do dentista de uma nova dignidade e o honrou, insistindo para que o paciente, em vez de se sentar no chão com o dentista de pé junto a ele se sentasse em poltrona confortável. Ele separou com eficácia a odontologia do campo da cirurgia e, sobretudo do ofício dos saca-molas, equiparando-as a uma profissão independente, com seu próprio campo circunscrito de deveres e serviços a seu próprio nome (RING, 1998).

A história também relata espelhos bucais ricamente ornados, utilizados por charlatões carentes de formação médica, que queriam impressionar o público com sua vestimenta luxuosa e seus instrumentos (FIGLIOLI, 2001).

Na América, quando de seu descobrimento, a odontologia era realizada por saca-dentes ambulantes, pelo doutor barbeiro das vizinhanças ou pelo ferreiro local. À medida que o país crescia, ia igualmente abrindo nas colônias uma nova classe de profissionais odontólogos, provenientes dos oficiais e artesãos nativos. Vinham ainda dentistas profissionais diretamente da Inglaterra (RING, 1998).

No Brasil, com a vinda da primeira expedição colonizadora ao Brasil, em 1530 e a instalação das Capitanias Hereditárias surgiram os primeiros núcleos de povoação. E com isso, vieram os mestres de ofício de diversas profissões. Recebiam licenciamento pela Carta Régia de 25/10/1448, do Rei Afonso V, de Portugal. Trata-se do primeiro documento no Brasil da arte de curar. Incluíam-se médicos, boticários e curandeiros. Mas os cirurgiões que obtinham esta licença evitavam fazer extrações dentárias. Assim, só os barbeiros, sangradores e dentistas é que efetuavam tal tarefa, sem a licença devida (ROSENTHAL, 2001).

Rosenthal (2001) escreve também que só em 09/11/1629, através da Carta Régia de Portugal, foi regularizado o exercício da arte dentária no Brasil, e pela primeira vez, citados os barbeiros, que poderiam, enfim, tirar dentes e promover sangria, se provassem aprendizagem de mais de dois anos.

Nas últimas décadas do século XVIII, Joaquim José da Silva Xavier (1746 – 1792) praticou a odontologia que aprendera com seu padrinho. Nesta época o tratamento consistia em extrair dentes com alavancas e boticões rudimentares. Os mais habilidosos confeccionavam próteses parciais, esculpidas em marfim e ossos de boi, amarradas com fios aos dentes remanescentes (ROSENTHAL, 2001).

No século XIX os Estados Unidos assumem a vanguarda do desenvolvimento da odontologia. No princípio deste século exerciam esta profissão os que se doutoravam a si mesmos, o médico local, alguns especialistas que faziam da odontologia sua ocupação principal e dentistas ambulantes, que extraíam dentes, mas possuíam pouca ou nenhuma preparação profissional. E ainda, o ferreiro, o barbeiro e o boticário locais podiam ocasionalmente exercer a odontologia (RING, 1998).

O mesmo autor escreve que por volta de 1830, a maior parte das grandes cidades tinha dentistas residentes. As cidades menores dependiam de dentistas qualificados que viajavam de cidade em cidade. Muitos, dentistas de alto nível, viajavam em parte para aumentar seu ganho, porém também por um desejo genuíno de ajudar as pessoas.

Muitos foram os progressos no século XIX. Dentre eles, a anestesia, a radiologia, a criação da *American Dental Association*, o equipamento dos gabinetes, o dique de borracha, materiais de restauração, entre outros (RING, 1998).

Mas desde 1800 alguns profissionais consideravam a odontologia como um ramo da medicina e outros como um campo separado. Na Europa, era ensinada nas faculdades de medicina enquanto as escolas americanas dava maior ênfase aos aspectos mecânicos da profissão (RING, 1998).

No século XIX, no Brasil, um exame que constava conhecimento parcial de anatomia e métodos operatórios e terapêuticos era requisitado ao candidato que quisesse exercer a profissão de dentista (ROSENTHAL, 2001).

Mas em 1808 foram licenciados na Bahia profissionais da corte. Dado o pouco conhecimento ou inabilidade dos tiradentes, ocorriam graves e freqüentes

traumatismos nos maxilares, com fraturas de dentes e alvéolos e dilaceração de tecidos (ROSENTHAL, 2001).

Em 1869, muitos dentistas chegam ao Brasil, dos Estados Unidos, onde o desenvolvimento da profissão era destaque. Estes dentistas, que sabiam fazer incrustações à ouro, e possuíam sortimento de dentes de porcelana, atendiam a nobreza e famílias de grande poder econômico. Enquanto o povo e os escravos procuravam os barbeiros e sangradores (ROSENTHAL, 2001).

Rosenthal (2001) escreve que em 1879, um decreto do governo brasileiro determinou que as Faculdades de Medicina deveriam anexar uma Escola de Farmácia, um curso de Obstetrícia e Ginecologia e um outro de Cirurgia Dentária. E a matrícula, até então exclusiva aos homens, passou a ser direito das mulheres.

Em 1900, o Dr. Charles Godon, de Paris, constituiu com outros oito dentistas o primeiro conselho executivo da FDI (*Federation Dentaire Internationale*) e no III Congresso Internacional de Odontologia esboçou algumas linhas que este grupo deveria explorar. O Congresso determinou que os escolares deveriam sofrer revisões periódicas e receber tratamento gratuito em caso de necessidade; que se o estado facilitava serviços médicos aos cidadãos, deveria também oferecer serviços dentais; que os dentistas deveriam ser incluídos nas forças armadas; que o grau de educação preliminar exigida para a matrícula nas escolas de odontologia deveria ser maior; e que os estudos nessas escolas deveriam se prolongar pelo menos por quatro anos. Deveriam, também, ser organizadas campanhas sobre higiene pública e educação, e que deveriam trabalhar para o progresso da odontologia (RING, 1998).

A primeira clínica dental gratuita para crianças em todo o mundo foi provavelmente fundada por volta de 1902, na Alemanha. Nos Estados Unidos, uma

empresa como esta de cunho humanitário foi estabelecida em Nova York (RING, 1998).

Ring (1998) diz ainda que ao longo da década de 50, surgiu em nova York a odontologia pública. Este campo, posteriormente estabelecido como disciplina, relacionando a odontologia com o ambiente social, fez com que a promoção de saúde dental avançasse em todo o mundo. Após a Segunda Guerra Mundial, a odontologia passou a ser exercida por grupos de dentistas que trabalhavam em regime de colaboração, e não mais somente em consultórios particulares.

Em 1951 foi assinado pelo governo do Brasil um Decreto-lei que determinava que médicos, cirurgiões, boticários, dentistas e parteiras teriam que apresentar suas “Cartas de Habilitação” à Junta de Higiene Pública (ROSENTHAL, 2001).

Em 1954, criaram-se, no Brasil, os Exames para Dentistas e Sangradores, aplicados a partir de 1956. Para obter o título de dentista, o candidato fazia exames na Faculdade de Medicina da Bahia ou do Rio de Janeiro. Os exames compreendiam: anatomia, fisiologia, patologia dos dentes, gengivas e arcadas alveolares; higiene e terapêutica dos dentes; descrição dos instrumentos que compõe o arsenal do dentista; teoria e prática para sua aplicação; meios de confeccionar as peças de prótese e ortopedia dentária. Os examinandos tinham que aprender com outros dentistas e com médicos (ROSENTHAL, 2001).

A publicidade dos dentistas, desenvolvimento ocorrido na década de 60, mudou o caráter e a imagem da profissão. Muitos dos dentistas que usaram a publicidade montaram seus consultórios em salas de edifícios ou centros comerciais, oferecendo à classe trabalhadora acesso a serviços depois do trabalho, nos fins de semana ou durante as férias. Embora a publicidade tenha estimulado o paciente a escolher seu dentista em função do preço ou honorários, e não em função da melhor

preparação do dentista escolhido, também ajudou a colocar a assistência odontológica ao alcance de um número muito maior de pessoas (RING, 1998).

Também nesta época surgiu a existência de uma nova modalidade de pagamento, através de terceiros. Estes, geralmente grupos de seguradores que por uma taxa se encarregam de pagar assistência odontológica básica de rotina e, em alguns, casos a odontologia mais completa (convênios). Em alguns países da Europa, nesta mesma época, existia um tipo de seguro financiado pelo governo (RING, 1998).

E é nesse momento cultural, que no Brasil, o desenvolvimento das Faculdades de Odontologia e a inserção de profissionais na sociedade, faz com que este ofício passa a ser realizado de modo legal e coerente (ROSENTHAL, 2001).

No estado de São Paulo, o ensino da odontologia já surgiu de forma distinta da Faculdade de Medicina. Porém ligado à Faculdade de Farmácia. Foram criadas faculdades no interior. Em 1930, a USP se preparava para fundar seu curso (CARVALHO, 2001).

A Lei nº 4324, de 14 de abril de 1964, instituiu o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, com a finalidade da supervisão da ética profissional odontológica (BRASIL, 1964).

Em 24 de agosto de 1966 é promulgada a Lei nº 5081, que regulamenta a profissão do cirurgião-dentista, aumentando o prestígio daqueles formados e minimizando o atendimento, muitas vezes indigno, promovido pelos ilegais (ou práticos) (BRASIL, 1966).

2.1.2 Histórico da relação médico – paciente

Timi (2003) escreve que a relação médico-paciente remonta a épocas muito anteriores à medicina como conhecemos nos dias atuais.

O cuidar sempre esteve presente na história humana. O cuidar como forma de viver, se relacionar. O cuidado tecnológico também, de certa forma, está presente nas diversas civilizações, porém de maneira indiferenciada, às vezes, das práticas de cura, ou seja, de medicina. O cuidar sempre fez e ainda faz parte da medicina (ou deveria fazer), com a única diferença que sua ênfase atual está no procedimento, na tarefa e obviamente, visando a um objetivo, um resultado: a cura (WALDOW, 2001).

Os registros desta época são encontrados em tabletes de argila, gravados com escrita cuneiforme, e dentre os quais havia informações sobre práticas médicas e cirúrgicas. O paciente era visto como o campo de batalhas onde lutavam as forças do bem e do mal. Qualquer pessoa se considerava médico, oferecendo conselhos, rituais e receitas de ervas. O *ashipu* e o *asu* (forças do bem) prestavam atendimento na casa dos doentes, com quem passavam a morar na condição de empregados, só os deixando se melhorassem ou se viessem a morrer. Os primórdios da medicina na Mesopotâmia registram, portanto, o conforto espiritual ao doente (ISMAEL, 2002).

A preocupação com a qualidade do atendimento na Babilônia está presente no Código de Hamurabi, que estipulava severas penalidades pecuniárias e físicas aos maus médicos, embora seu conceito de justiça fosse muito peculiar: se o doente pertencesse à realeza ou à aristocracia econômica, e morresse durante uma cirurgia, o responsável era punido com a amputação da mão, mas se o morto fosse um escravo, o médico teria simplesmente que comprar outro serviçal ao proprietário (ISMAEL, 2002).

É com Asclépios que nasce a arte de curar. Ele é o deus da medicina. Não estimulava sua prática como ciência, mas como consolação e escuta do doente. As

lições da medicina que recebe de Quíron, seu educador, giram em torno da consolação, cuja prática é apregoada como fundamental para a cura do doente. O médico imaginado por ele, modelo de equilíbrio, sensatez e sabedoria, deveria amenizar a solidão do doente que, desesperado com as mazelas de sua condição, precisaria ser reconduzido ao conforto do convívio humano (ISMAEL, 2002).

Ismael (2002) escreve ainda que a interpretação dos cultos de Asclépios pode ser feita em dois níveis distintos e complementares: o da força sinérgica do poder curativo da sugestão, e o da importância conferida aos doentes, os quais tinham o direito a uma entrevista particular com o sacerdote, que os escutava com atenção.

Para os gregos o médico era também um filósofo. No centro das discussões da época estava a importância do indivíduo, que passa a ser concebido como uma realidade concreta e única. E assim permaneceria até que a cosmovisão grega admitisse que o significado ontológico do indivíduo para a coletividade é tão importante como o desta para ele. A doença era vista, neste contexto, como uma perturbação no delicado equilíbrio do espírito e do corpo da coletividade, necessário para manter o ideal supremo da saúde, sinônima de sabedoria, sem a qual a sociedade perderia a razão de existir, dando lugar à anarquia e ao caos (ISMAEL, 2002).

Muitos séculos transcorreram antes que a religião, a magia e a superstição cedessem lugar, nas práticas médicas, à consolação laica dos doentes. São precursoras, neste sentido, as referências encontradas nos poemas épicos *Iliada* e *Odisséia*, atribuídos ao poeta grego Homero, e escritos por volta de 700 a.C.. Homero ressalta de maneira geral que a consolação aos feridos é tão ou mais importante que o tratamento a eles dispensado (ISMAEL, 2002).

Sobre Hipócrates (460 a.C. – 370 a.C.?), Ismael (2002) escreve que ele deu ênfase ao exercício da razão e à observação do paciente. É considerado o pai da medicina não apenas porque aplicou a ela as especulações dos filósofos, mas também, e principalmente porque as combinava com observações feitas à beira da cama do doente, a quem escutava com atenção. No ideário hipocrático, o paciente é o foco de toda atenção, dedicação e respeito, devendo o médico abster-se da prática de qualquer procedimento que possa prejudicá-lo. Hipócrates prega um compromisso inarredável com a humildade e com a ética que, ao regular a relação entre os indivíduos, exclui a prepotência hierárquica e toda espécie de dominação.

Por volta do ano 300 a.C. floresceu em Alexandria uma escola médica liderada por Herófilo e Erasístrato, os quais, dissecando o corpo de prisioneiros mantidos vivos o maior tempo possível, impulsionaram o estudo sistemático da anatomia e da fisiologia. O papel do paciente neste contexto mecanicista não tinha relevância, pois a doença era considerada um evento que dizia respeito exclusivamente aos valores enigmáticos que quebravam a harmonia do funcionamento dos órgãos. Essa concepção permanece imutável por muito tempo, até o enciclopedista e nobre romano Aurelius Cornelius Celsus publicar, por volta do ano 30, oito estudos intitulados *De Re Medicina*, provavelmente os primeiros a enfatizar a importância de individualizar o paciente na fase do diagnóstico das doenças e que incluem provavelmente as primeiras reflexões sobre distúrbios mentais (ISMAEL, 2002).

Entre os pensadores gregos que nos dois primeiros séculos da era cristã conquistam prestígio e fortuna em Roma, o mais importante é Claudius Galeno (130? – 200?). Apesar da sua inegável visão humanista, dá pouca importância à pessoa do paciente, para ele um conjunto de órgãos sem outra finalidade a não ser

mantê-lo vivo, e submetido a um poder superior inexplicável e amedrontador. Essa visão mecanicista do homem, completada por um paradoxal viés espiritual, seria incorporada por muitas escolas de medicina da Idade Média (ISMAEL, 2002).

Os primeiros séculos do cristianismo não contribuíram para individualizar o tratamento do doente, em termos essencialmente médicos. Ao contrário, a doença era vista como punição divina, deixava-o amargando à espera de um milagre. De um lado, os doentes eram vistos como pessoas (CIDADÃOS), pois do contrário seriam indignos de merecer o milagre da cura, de outro sua individualidade era negada, na medida em que nada mais significavam do que justificados alvos da ira divina, e neste sentido eram coisificados (ISMAEL, 2002).

O mesmo autor ainda diz que a idéia de que a doença é mais importante que o doente prevalece arraigada na prática das ciências da saúde. Uma explicação para essa avaliação deve-se ao desvirtuamento que ciclicamente sofre a prática do humanismo. Essa intolerância tem raízes no medo de que a valorização do indivíduo possa ser multiplicada a ponto de transferir a massa, temor primevo e constante do poder dominante. Anulada a individualidade, a massa não tem meios de se organizar. No acender das primeiras luzes do Renascimento a história das individualidades, anuladas na longa noite da Idade Média, começa a ser reescrita, e no campo médico a importância dada à pessoa começa a ser discutida sob uma perspectiva ética, vale dizer “humana”, até então desprezada.

A valorização do paciente como pessoa ganha com Paracelso uma dimensão inédita. Ele defende a idéia de que a prática médica, em vez de se restringir pura e simplesmente à prescrição de remédios, só atinge a excelência quando o tratamento é exercido com devoção incondicional e desinteressada, e com a consciência do poder das forças misteriosas da natureza humana responsáveis pela sua unidade

sistêmica, mas, ao mesmo tempo, pela diversidade que faz de cada pessoa um sujeito único e insubstituível. O médico não pode contentar-se com a aparência externa das coisas ou com o efeito de tudo o que observa, devendo buscar as causas (da doença) e o conhecimento profundo do paciente se quiser ter o êxito do tratamento (ISMAEL, 2002).

A inserção do humanismo na história da medicina começou com o médico Andréas Vesálio, que é o pai da anatomia moderna. Nascido em Bruxelas em 1514, Vesálio se preocupa em buscar alternativas científicas de tratamento clínico e cirúrgico servindo o homem de forma a jamais desviar a natureza de sua vocação humanista (ISMAEL, 2002).

Ismael (2002) escreve que o experimentalismo praticado entre os séculos 17 e 19, alimentado por teorias cada vez mais consistentes, busca formular novas questões. O cliente toma lentamente o lugar do paciente (do latim, *patior* = aquele que sofre).

William Harvey (1578 – 1657) – pai da medicina moderna, começa a tratar a medicina com status científico. Thomas Sydenham (1624 – 1689) defende a prática clínica centrada na observação direta e objetiva do paciente, para depois tratar da sua doença, o que provoca uma tempestade de críticas pois era quase uma aberração considerar o paciente um sujeito, e não apenas um corpo físico no qual se processam reações bioquímicas e elétricas (ISMAEL, 2002).

No período antes da medicina científica, com seus grandes avanços teóricos e tecnológicos, o hospital era basicamente um depósito para gente doente, grande parte pobres ou indigentes que não tinham condições de se tratar em casa e que procuravam instituições como as Santas Casas de Misericórdia para se recuperar ou para morrer com um mínimo de dignidade humana e de conforto. Frequentemente,

estas instituições foram dirigidas por religiosos que acolhiam os doentes por amor a Deus e ao próximo, oferecendo os cuidados básicos possíveis (MARTIN, 2003).

A motivação fundamental dos cuidados hospitalares mais antigos tinha inspiração humanista, ou melhor, humanizante, de respeito ao ser humano, de sensibilização ao sofrimento do próximo, de propensão à ajuda ao outro. Durante séculos, milhares de religiosos dedicaram seu tempo e vida no cuidar dos enfermos, praticamente sem recompensa terrestre além de parco sustento, senão a convicção íntima de fazer seu dever, realizar sua vocação (LEPARGNEUR, 2003).

Como escrito anteriormente, Pierre Fauchard é considerado o pai da odontologia moderna. O discurso provável desta odontologia nascente era o de não tomar nem a doença nem o doente geral como seu objeto mas, ao contrário, apenas um lugar doente lhe servirá de emulação. Além disso, nesta época a clínica médica, a que trata da doença e do doente, ainda não havia adquirido emergência nem visibilidade (BOTAZZO, 2000).

Praticamente tudo sobre a estrutura e o funcionamento do corpo humano já é conhecido no começo do século 19. Se, de um lado, a saúde do paciente foi beneficiada com a racionalidade dos diagnósticos, do tratamento e dos prognósticos, de outro, sua importância como pessoa era pouco lembrada. Não parecia haver espaço, no tratamento da doença, para atenção ao doente, atitude clichê que ainda perdura (ISMAEL, 2002).

Ismael (2002) escreve que até o início do século 20 a ciência médica estava contaminada pela teoria de Descartes da separação do corpo e a mente. Para ele a medicina é uma ciência exata e o corpo uma máquina. O fundamento da teoria de Santo Agostinho repousa na oposição deste pensamento. A divisão está entre corpo

e organismo, porque quando dizemos que temos um organismo, precisamos nos lembrar que somos um corpo ao qual a mente está integrada.

Portanto perder a inocência em acreditar que nossa individualidade só pode ser mantida enquanto formos saudáveis é experiência terrível. A doença é materialização de um destino que individualiza a pessoa, ou seja, sua vida começa a girar em torno de frios diagnósticos e prognósticos. É aí que entra em cena o saber médico, que nem sempre inclui a necessidade de não separar o doente da doença, pois a teoria acadêmica está centrada na relação médico/doença. O pensamento acadêmico continua o mesmo de duzentos anos atrás: o médico é preparado para se relacionar com a doença, não com o paciente (ISMAEL, 2002).

Toledo Filho (2003) escreve que nos últimos cinquenta anos, a vida humana sofreu profundas mudanças, cada vez mais evidentes, com a observância do progresso da ciência. As consequências dessas mudanças sobre o comportamento humano diante da doença e do profissional da saúde, bem como de seus pacientes, foram grandes, comprometendo muito esta relação.

Ismael (2002) afirma que pode-se prever que esta relação caminha desenfreadamente para a desumanização, voltando o paciente a ser, como duzentos anos atrás, um simples cliente, e nessa condição, receber a assistência médica como impessoal, embora cada vez mais tecnicamente eficiente.

Este autor continua dizendo que a medicalização da vida, consequência do progresso científico, remete a um tema de crescente importância decorrente do campo da ética enquanto código moral que regula questões que envolvem direta e indiretamente o respeito ao indivíduo: a bioética.

2.2 Bioética e Deontologia

O termo bioética é um neologismo, apenas recentemente incorporado aos dicionários de língua portuguesa. Foi empregado pela primeira vez no início dos anos 70 por Van Renssealer Potter (URBAN, 2003).

Potter diagnosticou com seus escritos o perigo que representa para todo o ecossistema a separação entre duas áreas do saber, o saber científico e o saber humanista. A distinção entre os valores éticos, que fazem parte da cultura humanista, e os fatos biológicos, está na raiz de um processo científico-tecnológico indiscriminado. O único caminho possível de solução para uma iminente catástrofe é a constituição de uma “ponte” entre as duas culturas, a científica e a humanística-moral. A bioética, portanto, deve se ocupar de unir a ética à biologia, a bioética tem a tarefa de ensinar como usar o conhecimento em âmbito científico-biológico (SGRECCIA, 2002).

A bioética é o estudo da moralidade da conduta humana no campo das ciências da vida (RAMOS, 2002).

É uma ciência interdisciplinar, uma de suas propriedades mais evidentes (URBAN, 2003). Esse é o enfoque da bioética, uma proposta interdisciplinar de integração entre as disciplinas. Ela não está restrita às ciências da saúde, mas quer olhar para a vida e para todas as áreas do conhecimento que, de alguma forma, tem implicações sobre a vida (RAMOS, 2002).

Dentro de uma realidade pluralista, podem-se encontrar diversas visões do que deve ser considerado como correto. Dentre os diferentes modelos que buscam a fundamentação da bioética está o Personalismo (URBAN, 2003).

A bioética personalista se fundamenta em uma reflexão séria sobre aquela realidade que constitui o centro da atividade biomédica, sendo a pessoa humana, por sua vez, sujeito e objeto. Ela representa para a bioética, bem como para a ética em geral, um valor fundamental, o critério de discernimento, a finalidade do ato moral (PACCINI, 2003).

Sgreccia (2002) escreve que a tradição personalista aprofunda suas raízes na própria razão do homem e no coração de sua liberdade: o homem é pessoa porque é único. A própria sociedade tem como ponto de referência a pessoa humana: a pessoa é fim e fonte para a sociedade.

O personalismo realista vê na pessoa uma unidade, como é chamada freqüentemente uma totalidade de corpo e espírito, que representa o seu valor objetivo, pelo qual a subjetividade se responsabiliza, e não pode deixar de fazê-lo, quer em relação à própria pessoa quer em relação à pessoa do outro (SGRECCIA, 2002).

E ao mesmo tempo essa totalidade é formada por um complexo conjunto de dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual. Uma unidade e uma totalidade, por isso a bioética fala em unitotalidade ao se referir à pessoa humana (RAMOS; LUCATO, 2004).

Não se pode dissolver e dissipar a pessoa humana (sendo ela unitotalidade) e os seus valores numa série de escolhas (SGRECCIA, 2002).

O caráter relacional e intersubjetivo do humano refere-se à inviabilidade de um processo de personalização, já que a pessoa é por natureza e condição, um ser aberto aos outros e ao mundo (NEVES, 1996).

A pessoa humana, como ponto de referência da bioética personalista, é considerada um fim e não como meio, como realidade transcendente para a Economia, Direito, História e evidentemente, para as Ciências da Saúde. Isto porque tanto o objeto

– paciente - quanto o sujeito – profissional da saúde, seja médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, enfermeiro, entre outros, são pessoas, e estas devem ser consideradas na plenitude de seu valor (PACCINI, 2003).

O ser humano toma consciência de si no seu relacionamento com os outros. A comunicação e a solidariedade em sociedade referem-se à integração efetiva do homem numa sociedade concreta, na qual é chamado a intervir pela dimensão social do seu ser e do seu existir. Há um apelo à responsabilidade social de cada pessoa na construção do verdadeiro humanismo (NEVES, 1996).

A mesma autora escreve que a pessoa, na unidade integral e concreta do seu ser singular e na identidade universal da humanidade do homem, torna-se o fundamento metafísico da ordem ética; e a antropologia pela autenticidade da sua singularidade, o único fundamento da bioética.

A deontologia, palavra derivada do grego, *Deontos* – significa *dever* – juntamente com *logus* – estudo. É, portanto, a deontologia um estudo dos deveres dos profissionais da saúde. Podemos chamar a deontologia odontológica de moral odontológica, isto é, o elenco das obrigações que o odontólogo tem, porque assumiu, com o seu “mundo profissional”: o paciente, a família do paciente, a sociedade em geral, o colega, o Estado. A deontologia, cabendo a conceituação para o exercício profissional dentro de qualquer área da saúde, será uma questão de “dever ser”, e não de “ser”, de acordo com a postura ética individual, internamente assumida e progressivamente amadurecida (SEGRE, 2002).

A deontologia dos profissionais da área da saúde foi, até certo tempo atrás, um assunto que dizia respeito apenas a estes profissionais, distante pois de qualquer outro interesse que não estivesse próximo daqueles ditados e protegidos pelos ditames morais e culturais dos que exercem essas atividades. Atualmente isso não se verifica

mais. A deontologia dos profissionais da área da saúde alcança aspectos significativos a partir do instante em que as grandes invocações no campo da saúde começam a modificar a vida humana (FRANÇA GV, 2003).

Escreve o mesmo autor que desse modo, a deontologia vai, pouco a pouco, se transformando num projeto da preocupação de todos, pois a vida e a saúde da pessoas não são apenas do interesse dos profissionais da saúde e de suas corporações, mas também de todos os segmentos da sociedade. Isso quer dizer, portanto que, numa sociedade pluralista, não são apenas esses profissionais a contribuir para a reformulação das regras éticas de suas atividades. Eles próprios reconhecem hoje a importância e a necessidade da contribuição que a sociedade como um todo venha a dar às questões cujas diretrizes e valores estão em jogo na relação cada vez mais tumultuada entre o profissional da saúde e o paciente. Tal fato está claramente evidenciado dentro da concepção da bioética.

Blasco (1997) complementa, dizendo que os Códigos de Ética e a deontologia estabelecem as obrigações dos profissionais de saúde. A bioética vai mais longe, e destaca além das obrigações, os direitos dos pacientes. Saímos, assim de um âmbito definido como paternalista, onde o profissional decide tudo sem consultar o paciente, para adentrar em outro, onde o paciente opinará, onde a relação profissional-paciente será mais pessoal e onde, além de cobrar-se do profissional atos eticamente corretos, cobrar-se-ão as omissões, todo o bem que podendo, deixou de fazer.

O velho campo da ética da saúde, tradicionalmente marcado por uma ênfase quase exclusiva na relação profissional da saúde-paciente (ênfase esta ainda fundamental na área da saúde), não é suficiente para abraçar uma série de situações emergentes no campo das ciências da vida. Sendo assim, o domínio da ética da saúde e o da deontologia são englobados pela Bioética (URBAN, 2003).

Portanto, a bioética inclui a chamada ética médica. A ética profissional dos profissionais da saúde é, então, um capítulo da bioética. Em outras palavras: para entender, para aprofundar, para refletir sobre a ética profissional, temos que fazer referência à bioética (RAMOS, 2002).

2.3 Avanços Tecnológicos

Normalmente, entende-se saúde como a ausência de doença. A preocupação com o combate à doença ajudou muito a incentivar os avanços na área das ciências biomédicas e na elaboração de drogas e tecnologias cada vez mais sofisticadas que, incontestavelmente, trouxeram grandes benefícios para a humanidade (MARTIN, 1996).

O progresso tecnológico, responsável pela produção de equipamentos de crescente sofisticação, vem transformando o profissional da saúde um servo dessas máquinas, das quais depende cada vez mais para exercer a profissão. É claro que esse progresso não é um mal em si, pois qualquer contribuição para derrotar a doença é bem-vinda. Mas o progresso vertiginoso da ciência da saúde faz dela uma aventura cada vez mais científica e tecnológica, empalidecendo a face humana (ISMAEL, 2002).

Relata Paccini (2003) ainda sobre este tema que a rapidez do progresso e das descobertas biomédicas, abrindo inúmeras possibilidades inéditas de intervenções sobre a vida do homem e sobre a sua história, vai gerando no

profissional da saúde a consciência da falta de pontos de referência autênticos para julgar diferentes situações.

Diz Caboclo (1993) que a dor, reflexo de uma enfermidade de causa desconhecida, implicará numa investigação profunda, para que se afaste o perigo de eclosão de uma epidemia. O paciente será radiografado, tomografado, sonorizado e ressonorizado magneticamente. Todos os líquidos do seu corpo serão cientificamente caracterizados. A tecnologia permite que ele “escolha adequadamente o seu objeto ideal. Melhor que os seus sentimentos”. O mesmo autor ainda acrescenta que, em toda a história da humanidade, nenhum ditador, nenhum império, exerceu tamanho domínio sobre o homem quanto a ciência atualmente.

A visão cartesiana do mundo e do homem, aplicada às ciências biomédicas, permitiu notáveis progressos científicos, mas produziu também a despersonalização da relação médico-paciente. Na visão cartesiana, o corpo aparecia como uma máquina amígdala necessitada de reparos através de tratamentos particulares e intervenções impessoais (BELLINO, 1997).

De acordo com Martin (1996), o lado negativo dessa história é que a preocupação com a doença provocou um certo esquecimento do doente e a despersonalização do paciente nos hospitais e nos serviços de saúde. A medicina ficou mais preocupada com a doença que com a saúde. Tendências como essa, junto com uma crescente consciência da importância de fatores ambientais no controle de moléstias, levaram à emergência de uma outra perspectiva.

Um exame cuidadoso e imparcial nos mostra que a revolução científica cumpriu plenamente sua promessa. A ciência assumiu o compromisso de melhorar a qualidade de vida e assim o fez. Entretanto ao suprir nossas necessidades no nível material, também revelou que apenas isso não é suficiente, que há um outro nível mais profundo

da necessidade humana que a ciência não provocou, mas nos ajudou a perceber (REMEN, 1993).

A essa realidade ainda se acrescenta o fracionamento do saber na cultura atual, que se manifesta também no interior da área da saúde (PACCINI, 2003). E Remen (1993) completa que em sua insatisfação, a pessoa procura as instituições da sociedade, a educação, a lei, a medicina, o governo, a religião, exigindo que elas atendam suas necessidades mais profundas e apresentem soluções viáveis para as dolorosas deficiências em sua vida. A diferença é que quando esses problemas surgem na área da saúde, eles o fazem num contexto que trata das questões humanas mais profundas e essenciais – vida, morte, sofrimento, dor, tristeza. Os problemas culturais tornam-se intensos quando surgem em situações muito íntimas e próximas de nossa vulnerabilidade.

A mesma autora escreve, ainda, que no esforço de aplicar a ciência nos cuidados com a saúde, o sistema tendeu a separar a doença sem levar em conta a pessoa que sofre com ela ou o ambiente que, em parte, a encorajou e provocou.

Em um passado próximo, com uma tradição de valorização exagerada da ciência, se menosprezava a experiência pessoal. As fontes de paixão explícitas do profissional eram a ciência e a arte. Assim, não se poderia reconhecer a trajetória do ferido, do doente (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Carrasco (2002) sobre este tema escreve que com a tecnização, a medicina foi massificada por instrumentos sofisticadíssimos e altamente eficientes, mas devia também ter incorporado novos parâmetros sociais, por exemplo, o da beneficência e do respeito à pessoa do paciente. Princípios como este, deviam ser conjuntos aos da lógica tecnológica, como os parâmetros de eficiência, sustentabilidade, e assim por diante.

Segundo Bellino (1997), é necessário um novo modelo de empresa terapêutica - a “medicina de relação, antes da medicina de órgãos” -, que recupere a totalidade do ser humano e considere o paciente como uma pessoa na unidade de todas as suas dimensões. A reumanização do atendimento deve partir, sobretudo, de uma revisão crítica da epistemologia da medicina.

O que dizemos é que, sem dúvida nenhuma, é adequado à organização dos serviços assistenciais, em que cada um dos doentes é uma pessoa diferente, cada um quer e deve ser tratado de acordo com suas exigências terapêuticas e humanas, pois as pessoas são pessoas e não números nem produtos; em outras palavras, a repersonalização da relação com o paciente deve ser reconhecida (SGRECCIA, 1997).

O estatuto epistemológico da medicina e das profissões afins, diz Bellino (1997), coloca-se sobre uma linha de limitação entre arte e ciência. Opera-se não com modelos genéricos, mas com pacientes individuais. Nesse sentido, lembra Siqueira (2002) que cada pessoa adoece de maneira particular.

A doença se dá sempre em alguém, reveste-se de personalidade o sujeito doente (BLASCO, 1997).

E acrescenta Remen (1993) que grande parte do que acontece na doença e nos cuidados com a saúde é único; cada um de nós fica doente à sua maneira e por razões próprias. Cada um de nós aprende coisas muito pessoais com a experiência de doença. Podemos até recuperar e manter nossa saúde de maneiras diferentes e por motivos diferentes.

Sem negar a importância do combate à doença, a perspectiva humanista prefere focalizar a saúde como bem-estar da pessoa. Em lugar de se preocupar em primeiro lugar com a doença, preocupa-se com a pessoa atingida pela doença. O interesse é a

saúde da pessoa e somente em segundo lugar a sua doença, na medida em que esta prejudica o seu bem-estar (MARTIN, 1996).

Ainda de acordo com o mesmo autor, seguindo essa linha de pensamento, a Organização Mundial de Saúde oferece assim define saúde: "... é o completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a simples ausência de doença ou enfermidade". Em sintonia com esta maneira de pensar, o Brasil, na VIII Conferência Nacional de Saúde, ofereceu a seguinte formulação: "Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviço de saúde". Esta formulação influenciou bastante os idealizadores do atualmente vigente Código de Ética Médica.

Segundo João Paulo II (2005), o conceito de saúde passou por uma deformação. Sem dúvida não é fácil definir em termos lógicos e específicos um conceito complexo e antropologicamente rico como este. Contudo, sabe-se com certeza que com este termo se deseja fazer referência a todas as dimensões da pessoa, na sua unidade harmônica e recíproca: as dimensões corpórea, psicológica, espiritual e moral. Esta última, a moral, não pode ser descuidada. Cada pessoa tem uma responsabilidade a respeito da própria saúde.

E continua, dizendo que a saúde não é um bem absoluto. E, sobretudo quando é compreendida como um bem físico. Ela permanece um dos bens mais importantes, em relação aos quais temos uma responsabilidade específica. Por conseguinte, a saúde deve ser salvaguardada e cuidada como um equilíbrio físico-psíquico e espiritual do ser humano.

Existem motivos para a preocupação com o progresso científico e tecnológico e suas repercussões na salvaguarda dos direitos pessoais inalienáveis. Trata-se de questionamento complexo porque esse progresso poderá caminhar na contra-mão da

liberdade e da dignidade das pessoas, enquanto promete a cura dos seus males (ISMAEL, 2002).

O reconhecimento da existência de necessidades intangíveis não satisfeitas é quase universal e representa uma preocupação geral em nossa sociedade. As pessoas começam a perceber que determinadas qualidades vitais estão ausentes de sua vida, seu trabalho e relacionamentos. Sofremos com a ausência de calor, entusiasmo, compreensão, humor, esperança, aspiração. Pouco a pouco, percebemos que objetivo, direção e significado, longe de serem questões filosóficas, de algum modo estranhas à nossa vida, são fundamentais para o nosso bem-estar e saúde. É interessante considerar essa crescente percepção como um primeiro passo em direção a uma atitude terapêutica; e que nossa atual insatisfação, a despeito da realização material, pode ser considerada um benefício direto da revolução científica e, de certa maneira, seu resultado mais importante (REMEN, 1993).

2.4 Humanização

Passamos por uma profunda crise de humanismo. Em escala mundial, presenciamos grandes transformações em várias instâncias, tais como economia, política, desenvolvimento tecnológico, direitos e deveres dos cidadãos, funções familiares, saúde e sobrevivência de muitos povos (PESSINI et al., 2003).

Na área da saúde essas mudanças foram de tal profundidade, que são cada vez mais evidentes as influências que o progresso desse campo produziu (TOLEDO FILHO, 2003).

Os efeitos da tecnociência são notórios, abundantemente proclamados pela mídia. Deparamo-nos com ambientes tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humanas. A pessoa vulnerabilizada pela doença deixou de ser o centro das atenções e foi instrumentalizada em função de determinado fim. Esqueceu-se que as coisas têm preço e podem ser comercializadas, porém, as pessoas têm dignidade e clamam por respeito. A manipulação sutilmente se faz presente e rouba aquilo que é mais precioso à vida do ser humano: sua dignidade. Entramos num círculo vicioso de coisificação das pessoas. Surge nesse horizonte a necessidade de políticas de humanização (PESSINI et al., 2003).

A proposta da humanização aparece como resposta à mecanização que foi tomando conta de nossas vidas: temos reações mecânicas, respostas mecânicas; e a assistência à saúde também, com seus protocolos, suas normas, rotinas e o cuidado para que não haja envolvimento pessoal ou emocional, com o processo de prestação de cuidados (RATTNER, 2003).

2.4.1 Conceitos de humanização

Sgreccia (2002) escreve que hoje se fala de humanização das relações assistenciais, e sob este tema se escondem conceitos diversos e complementares. Há quem entenda essa expressão como a importância da relação subjetiva entre o paciente e o pessoal da saúde diante da invasão da tecnologia; há quem entenda como a introdução dos estudos humanísticos, especialmente da psicologia nos planos de estudo das faculdades das ciências da saúde; mas o significado mais

profundo dessa tendência consiste no reconhecimento da dignidade de pessoa em todo ser humano, com a consciência de sua espiritualidade.

Humanização pode ser uma atitude respeitosa, que considera a pessoa em sua totalidade como alguém que traz seu sofrimento para que a assistência ajude a aliviá-lo. É um conceito amplo, que pode estar inserido num projeto de organização de serviços públicos ou mesmo em serviços de saúde privados, na busca de condições que permitam que seres humanos exerçam sua humanidade, respeitando-se uns aos outros. Estabelece-se, então, esse novo, ou resgatado, paradigma da relação profissional da saúde – paciente, ou seja, entre seres humanos (RATTNER, 2003).

Pussi (2003) diz que em sentido estrito, mas situado no contexto presente, humanizar significa tratar os pacientes como pessoas dignas de respeito, considerando-os como sujeitos que necessitam de atenção especial e sentindo-os como seres semelhantes a nós próprios. Apesar de parecerem intrinsecamente ligados, humanismo e atenção à saúde muitas vezes caminham paralelos quando administrados por indivíduos que esquecem o princípio de que, antes de mais nada, o profissional de saúde tem o papel de tratar seres humanos.

Humanizar é acolher a necessidade da articulação de aspectos indissociáveis: o sentimento e o conhecimento. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática na qual o profissional que cuida da saúde do próximo, encontre a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, do imprevisível, do incontrolável, do diferente e do singular, reconhecendo os seus limites. A possuir uma pré-disposição para a abertura e o respeito ao próximo como um ser independente e digno (BARAÚNA, 2003).

Sobre o mesmo tema, Rios (2003) escreve que é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e sócio-culturais de pacientes e profissionais da área da saúde, importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade no atendimento.

Diz ainda a mesma autora que para a humanização da assistência são importantes: o aprimoramento da relação profissional-paciente, a contratação de profissionais para atender a demanda, aquisição de novos equipamentos, revisão da formação dos profissionais com reestruturação dos currículos das faculdades da área da saúde, capacitação permanente dos profissionais (educação continuada), melhoria das condições de trabalho.

O termo humanização vem sendo usado para designar várias ações que tornam o ambiente das práticas de saúde mais afáveis. Humanização é o processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e sócio-culturais dos pacientes e profissionais, melhorando as condições de trabalho e as qualidades de atendimento, por meio da promoção de ações que, à competência técnica e tecnológica, agregam o valor da dimensão subjetiva dos participantes (FAIMAN et al., 2003).

A humanização da saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito da individualidade e a necessidade da construção de um espaço que legitime o humano das pessoas envolvidas. O pressuposto subjacente em todo processo de atendimento humanizado é o de facilitar a pessoa vulnerabilizada a enfrentar positivamente seus desafios (PESSINI et al., 2003).

Os mesmos autores escrevem, ainda, que o cuidar humanizado implica por parte do profissional da saúde a compreensão do significado da vida, na capacidade

de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo sujeito de sua própria história. A humanização do atendimento exige essencialmente dos profissionais da saúde o compartilhar com seu paciente experiências e vivências que resultam na ampliação do foco de suas ações. Em outras palavras, exercer na prática o re-situar das questões pessoais num quadro ético, em que o cuidar se vincula na compreensão da pessoa na peculiaridade e originalidade do ser.

Nogueira-Martins (2002) afirma que para a humanização da assistência são importantes: o aprimoramento da relação profissional-paciente, a contratação de profissionais para a tender a demanda, aquisição de novos equipamentos, revisão da formação dos profissionais com reestruturação dos currículos das faculdades da área da saúde, capacitação permanente dos profissionais (educação continuada), melhoria das condições de trabalho.

Rattner (2003) diz que há várias dimensões a serem enfocadas no estudo da humanização. Uma delas é a relação interpessoal há que ter qualidade e competência técnica, mas é na relação profissional – paciente que se encontra a relação de seres humanos.

Seguindo esse pensamento, Pessini et al. (2003), dizem que humanizar a saúde é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É suportar as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo e da mente. Destaca-se neste contexto a presença solidária do profissional traçando um caminho de compreensão refletida e de competências relacionais positivas.

Humanização não é dar soluções filosóficas às doenças, rejeitando o progresso técnico. É não perder de vista e nunca esquecer que o seu objeto de trabalho é um ser humano doente como um todo, é não desconsiderar a condição humana e nortear, com base nela, toda a sua conduta (BLASCO, 1997).

2.4.2 Os destinatários da humanização – a relação profissional da saúde-paciente

O trabalho interdisciplinar na área da saúde pode favorecer a uma multiplicidade de enfoques e alternativas para a compreensão de aspectos que estão envolvidos no atendimento ao paciente. Isto pode colaborar para o estabelecimento de uma nova cultura de respeito e valorização da vida humana no atendimento ao paciente (BARAÚNA, 2003).

O termo humanização normalmente remete aos pacientes e seus familiares. E para que uma instituição possa ser considerada humanizante, deve incluir em seu processo de humanização, também, aqueles que se desenvolvem seu mister como profissionais de área da saúde. O tratamento humanizado não se concretiza se não estiver centralizado unicamente no paciente. Os profissionais da saúde também devem dispor das condições necessárias para desenvolver suas atividades (SELLI, 2003).

Selli (2003) diz ainda que a transição de um atendimento tradicional, baseado no paternalismo e assistencialismo, para um atendimento beneficente, supõe permitir que o paciente manifeste seus desejos e entender quais benefícios ele considera deveras importantes para si mesmo como autônomo e titular de direitos. Este constitui o modelo de humanização, para o qual toda a equipe de saúde deve estar preparada para exercer nas relações que estabelecem com o paciente, que é sujeito de todo o processo.

A atividade assistencial não pode ocupar-se de seres humanos como se não o fossem. Seres humanos são tanto os pacientes como os profissionais, ou seja, ambos têm suas necessidades, seus medos, desejos, carências. No âmbito humano,

alcança-se maior objetividade incorporando os valores subjetivos, quer dizer, tomando as coisas tal como acontecem, para entendê-las e poder fazer com que aconteçam da melhor maneira. Esta é a forma de evitar a ação desumanizada e desumanizante (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

No Brasil já existem alguns programas voltados à humanização em saúde. Um deles é o Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde, lançado em 24 de maio de 2000, que tem como proposta reduzir as dificuldades encontradas durante o tratamento e favorecer a recuperação da comunicação entre a equipe de profissionais e o usuário, diante do momento de fragilidade emocional do paciente. Segundo pesquisas do Ministério da Saúde com usuários do SUS – Sistema Único de Saúde -, o avanço científico, a utilização de sofisticados aparelhos de diagnóstico, técnicas cirúrgicas avançadas e desenvolvimento de ações preventivas não vêm sendo acompanhados de um atendimento humanizado. Por essa razão, o Ministério da Saúde objetiva, por meio deste programa, estabelecer condições de melhoria do contato pessoal entre os pacientes para que sejam atendidos de uma forma humana e solidária. Inicialmente, este projeto é piloto em onze hospitais da rede pública (PESSINI et al., 2003).

Uma pesquisa realizada por Toledo Filho (2003), com nove médicos que exercem suas atividades profissionais em um hospital de médio porte no interior do estado do Paraná, concluiu, através de dados coletados mediante entrevista individual, que o movimento de humanização é importante e necessário para a integração entre médico, o paciente e a equipe multiprofissional. Estes médicos consideram que a humanização permite tratar o paciente de forma mais holística, evitando a automatização no cuidar e resgatando-o pelo nome. Lembram que a escuta é importante nesse processo, mas que escutar leva tempo, e que às vezes,

por questões financeiras, se preocupam com seus rendimentos, tratando o paciente como uma patologia.

Toledo Filho (2003) escreve ainda que, os médicos relataram que não aprender a ser humanos na faculdade, que os ensinam a ser prepotentes, a se considerarem semi-deuses. Apesar disso, dizem que cada profissional deve desenvolver um meio de se humanizar na relação. O médico deve olhar o paciente, cumprimentá-lo, sorrir, deixá-lo falar e dialogar.

Portanto, é preciso considerar a temática da comunicação, pois esta constitui um elemento fundamental no processo de humanização. São muitas as maneiras que cada pessoa tem e utiliza para expressar seu modo de se comunicar. A fala, o olhar, o gesto, o silêncio, o sorriso, caracterizam algumas das posturas que assumimos quando queremos dizer, ou não, algo para alguém (SELLI, 2003).

A comunicação pressupõe a informação e o domínio sobre o que queremos comunicar, a nossa intenção, emoção e o que pretendemos quando nos aproximamos do nosso cliente ou do nosso paciente (SILVA, 2002).

Carrasco (2002) diz que essa qualidade está próxima da realizada durante a medicina hipocrática. Todos os profissionais de saúde devem ter praticamente as mesmas qualidades que definem o bom comunicador: olhar e escutar, primeiramente; depois, pensar, refletir; e por fim, se exprimir de modo compreensivo, há todos os pacientes.

Silva (2002) escreve ainda que, quando os pacientes nos dizem o que compreendem como cuidar, estão nos lembrando como devemos nos comunicar com eles, apontando para a comunicação verbal e não-verbal, dizendo-nos que entendem que cuidar é muito mais do que um ato ou técnica, que cuidar é uma atitude, é o jeito como estamos diante do outro e como conseguimos compreendê-lo

enquanto ser humano e não somente enquanto ser doente. É o quanto somos capazes de resgatar o nosso melhor lado, para fortalece-lo naquilo que ele tem de mais humano. Devemos então, como profissionais da saúde, nos preocupar em desenvolver uma comunicação efetiva que nos permita ser empáticos, pois só assim teremos a capacidade de perceber o outro, ou seja, o seu ponto de vista.

Os princípios dessa visão humanista dizem respeito, como podemos observar no contexto da relação médico-paciente, à validação do paciente como co-parceiro desta relação, o que não é novidade, pois estão instituído no capítulo I do Código de Ética Médica Brasileira (ISMAEL, 2002).

Essa visão era considerada nos primórdios da Medicina, quando a relação médico-paciente era primorosa, solene e ocupava o ponto central da cena (GOMES, 2003).

A medicina contemporânea foi invadida pelo futuro, muda de face, começa a sentir uma deterioração. A relação médico-paciente se desagrega, e começa a imperar a medicina da tecnologia. Do lado médico, um misto de comodidade, deslumbramento e interesses comerciais (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

Agora, na gestão da medicina (entenda-se área da saúde) humana, a relação médico-paciente volta a ocupar lugar de destaque, recompõe-se como intenção e como gesto (GOMES, 2003).

A odontologia é parte integrante da área da saúde, e lida com saúde e doença. Para que possam desempenhar adequadamente suas funções, os odontólogos devem, como visto anteriormente, ter uma visão total do paciente, observado em um contexto biopsicossocial. A vocação da odontologia, como o restante de todas as outras profissões da área da saúde, exige o correto equilíbrio entre os interesses da pessoa, concebida em sua individualidade e em sua dignidade, – quer ela se encontre na

situação de paciente, quer na de profissional da saúde - e os interesses da sociedade (RAMOS, 2003).

Quando um paciente procura atendimento médico ou odontológico, invariavelmente está buscando por cuidados que não se limitam simplesmente a livrar-se de um mal-estar circunstancial. A relação profissional da saúde-paciente nunca deixará de ser interação intersubjetiva experimentada por duas pessoas e, por mais assimétrica que seja, somente será eficaz se for conduzida com acolhimento, escuta-resposta e esperança de cura para o que sofre (SIQUEIRA, 2002).

Dar qualidade à relação profissional da saúde – paciente é também humanizar o cuidar. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito. Destaca-se nesse contexto a presença solidária do profissional com habilidade humana e científica. Diante de um cotidiano desafiador pela indiferença crescente, a solidariedade e o atendimento digno com calor humano são imprescindíveis. Ser sensível à situação do outro, criando um vínculo, para perceber o querer ser atendido com respeito, numa ligação de diálogo e de necessidades compartilhadas. Não podemos esquecer que em toda relação profissional, construída na confiança, estamos sempre diante de um encontro de uma competência com uma consciência, o que exige, conseqüentemente responsabilidade ética (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Sobre confiança, escreve Ismael (2002) que esta qualidade despertada pelo médico é muito especial, mas tem diminuído por uma série de fatores, entre eles a mercantilização da profissão, como provam os anúncios na imprensa (que o Código de Ética proíbe). Contribuindo ainda para tal situação, o descrédito do atendimento massificado.

A visão humanística e global do paciente é realmente necessária para qualquer ato do profissional de saúde. É o idioma que o paciente, mesmo sem saber, entende e procura. E nesse diálogo tem condições de outorgar a este profissional a melhor das credenciais: a confiança. Confiança não se impõe, mas deve ser conquistada pela postura médica, com ciência, técnica e arte (BLASCO, 1997).

Já em relação à ética, Ismael (2002) diz que o profissional consciente e responsável, sintonizado com seu tempo, vê-se cada vez mais desafiado por dilemas morais que precisa resolver não apenas com seus conhecimentos teóricos e práticos, mas também com sua formação ética e moral, pois ela é quem ditará as justificativas da conduta frente às necessidades e expectativas do paciente e da sociedade a qual pertencem.

As decisões no contexto da prática clínica, aquelas decisões que são tomadas “junto com o paciente”, revestem-se de grande importância, porque estão estreitamente ligadas a um paciente particular e específico, com suas condições clínicas, suas necessidades, suas aspirações e projetos futuros. Têm relação com a vida (PACCINI, 2003).

E é neste contexto que inserimos a odontologia, como ciência de saúde que vê no seu paciente um ser humano dotado de dignidade. Como escreve Alves (2000), o atendimento pode se restringir à observação de um caso e à atuação sobre ele, ou pode se constituir no encontro entre duas pessoas que interagem de formas distintas, mas estão preocupadas umas com as outras e em fazer o melhor possível pela “pessoa”, e não pela boca ou pelos dentes. O estudo da doença não pode ser desarticulado da identidade, principalmente porque dela depende a forma com que cada indivíduo lida com suas dificuldades. E completa, é preciso que haja *relacionamento*, que se criem vínculos.

As ciências da saúde são relações por excelência sob o escopo da cura. Relações que usam o conhecimento técnico, exercem artes e habilidades com o fito exclusivo de prover o bem do semelhante, devolver-se paz e o bem-estar em dispor do corpo como a própria casa, digno e confortável para acomodar uma consciência saudável. Relações marcadas pela qualidade de atenção ao próximo em que o ser humano supera o instinto de prover o próprio bem e almeja o bem de outrem, acresce um valor da existência acima dos limites biológicos e afirma uma espécie de consciência coletiva unida de ação e sentimento em proporções não mensuráveis (GOMES, 2003).

3 A HUMANIZAÇÃO NO CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA (Resolução 42/2003)

A ética é a ciência do comportamento humano em relação aos valores, aos princípios e às normas morais (SGRECCIA, 2002).

A deontologia é um complexo de obrigações e deveres que deve nortear a ação humana em todas as suas manifestações (FRANÇA, 2002).

Código é todo conjunto de regras, preceitos ou prescrições, que em sentido jurídico se caracteriza por ser um corpo de leis, com normas que disciplinam determinada matéria, dispostas em um todo orgânico, de forma a facilitar a consulta, aplicação e interpretação (GOMES, 2003).

O Código de Ética vai buscar os seus princípios de conduta condicionados ao bem estar social, com a integração entre a classe profissional e a sociedade. Nenhuma profissão se esgota na prática dos atos profissionais. Os seus reflexos se dão em outras esferas legais e a legislação odontológica deve estar erigida em harmonia com elas (CALVIELLI, 1991).

A sistematização das normas éticas, mesmo que sejam fronteiriças às regras jurídicas e, até mesmo, de difícil distinção, há de ser bem própria da atividade e da competência dos Conselhos, para que não se entenda de natureza jurídico-penal ou, algumas vezes, de responsabilidade civil (FRANÇA, 2002).

O Código de Ética Odontológica possui algumas versões. Entre as primeiras, está a Resolução CFO – 102/76, publicada em 1976, e vigorou até 31 de dezembro de 1983. Como atualização desta primeira, se encontra a Resolução CFO – 151/83, que vigorou de 1º de janeiro de 1984 até 31 de dezembro de 1991. Segundo Ramos

(1997), estes dois primeiros institutos éticos foram elaborados por comissões instituídas pelo CFO com a finalidade de elaborar um anteprojeto de Código de Ética, após ouvir alguns segmentos da classe odontológica.

No início de 1991 o Conselho Federal de Odontologia (CFO) deflagrou um processo em nível nacional, instruindo os Conselhos Regionais de Odontologia (CROs) a promoverem conferências estaduais para que a classe odontológica pudesse manifestar seus anseios quanto ao Código de Ética (CEO) que vigorava desde 1983, instituído pela Resolução CFO 151/83. As conclusões dessas conferências estaduais foram levadas à I Conferência Nacional de Ética Odontológica – CONEO (1991 apud RAMOS, 1994) por cerca de 400 delegados de diferentes regiões e realidades do país. Pelo método de consenso em grupos de trabalho e assembléias, buscou-se equacionar aspectos práticos da vida profissional: relacionamento profissional-paciente, profissional-equipe de saúde, profissional – sociedade, etc. E assim, pelo método democrático, se originou um documento final, síntese dos trabalhos realizados nesta conferência. O Relatório Final da I CONEO foi posteriormente acatado pelo Conselho Federal de Odontologia, na íntegra, como o novo Código de Ética Odontológica, através da Resolução CFO-179/91 de 19.12.91 (CFO, 1991 apud RAMOS, 1994).

A III Conferência Nacional de Ética Odontológica foi realizada em Florianópolis, de 11 a 14 de dezembro de 2002. O objetivo desse evento foi o debate amplo e participativo de toda a classe odontológica brasileira para a reformulação do Código de Ética Odontológica, adequando-o às transformações sociais e profissionais determinadas pelo momento histórico. As conclusões da III CONEO constituíram a base sobre a qual foi redigido o novo Código de Ética Odontológica, que está em vigor desde o início de 2003, através da Resolução CFO – 42/2003 (CFO, 2003).

Esta Resolução retrata, portanto, o momento cultural que vivenciamos na odontologia hoje, uma nova realidade, inserida no momento histórico da sociedade. Traz como modificação, por exemplo, a questão da propaganda, que recebeu diversas alterações. Isto porque, como relata Ramos (1997) nesses códigos, elaborados pelos profissionais para profissionais, sempre se procura descaracterizar a odontologia como uma profissão voltada para o lucro, condenando-se posturas mercantilistas frisando a responsabilidade dos profissionais para com a saúde de seu paciente e da coletividade, como princípio fundamental da profissão, procurando coibir qualquer forma de desrespeito a ele.

Com objetivo de fazer a hermenêutica do referido Código, três são as principais referências utilizadas no presente trabalho: Dalton Luiz de Paula Ramos e seu livro “Ética Odontológica – o Código de Ética Odontológica (Resolução CFO – 179/91) comentado, Leonard M. Martin, com “Os direitos humanos nos Códigos Brasileiros de Ética Médica – ciência, lucro e compaixão em conflito” e Genival Veloso de França, com “Comentários ao Código de Ética Médica”.

Muitos princípios que norteiam a ética odontológica codificada se assemelham à ética médica, afinal são áreas afins por tratarem da saúde do ser humano e procurarem sempre respeitar o paciente e zelar para que sua dignidade seja preservada, como veremos adiante.

Martin (2002) relata, a aceitação de paradigmas reconhecidos através de modificações marcadas pelas problemáticas da modernidade e dos avanços técnico-científicos, e conseqüentemente, de um lado, a transformação das ciências da saúde em empreendimento empresarial. E por outro lado, a resistência à isso, por parte de um compromisso das ciências da saúde com os direitos humanos.

No primeiro paradigma, o *tecnocientífico*, os valores da ciência e da tecnologia predominam e os profissionais da área da saúde tendem a favorecer o conceito de saúde como ausência de enfermidade e sua tarefa primordial como sendo o combate à moléstias e traumatismos. Os grandes valores promovidos são o conhecimento científico e os avanços tecnológicos que permitem o manuseio de instrumentos cada vez mais sofisticados.

O paradigma comercial-empresarial emerge do primeiro como consequência dos altos custos da tecnologia. Nele predominam os valores econômicos: só é atendido quem pode pagar pelos serviços prestados, e o profissional da saúde, a não ser no caso dos mais bem-sucedidos, deixa de ser profissional liberal para se tornar funcionário assalariado, nem sempre bem pago. Para os adeptos deste paradigma, a vida, a doença e a morte só interessam na medida que geram lucro.

O princípio básico deste modelo utilitarista é o do cálculo das consequências da ação na base da relação custo/benefício. Mas esse princípio não pode ser usado como último e fundamental, “comparando” bens não homogêneos entre si, como quando se comparam os custos em dinheiro com o valor da vida humana. Argui-se que a vida humana é avaliada em função da presença/ausência de sofrimento e em função dos critérios economicistas da produtividade ou não-produtividade da despesa (SGRECCIA, 2002).

Já o paradigma benigno-humanitário é uma crítica aos outros dois. O profissional da saúde inserido neste paradigma trata bem todas as pessoas, e não somente seus pacientes, porque, como seres humanos, são dotados de uma dignidade fundamental que exige respeito e, em certos casos de vulnerabilidade, proteção. Nessa perspectiva do respeito pela dignidade fundamental do ser humano, há uma opção por trabalhar com o conceito de saúde como bem-estar.

Este paradigma não nega a importância da ciência e da tecnologia, nem as realidades econômicas inerentes à prática das ciências da saúde, porém, afirma que há algo mais importante que o saber científico e o lucro: a dignidade do ser humano. As ciências da saúde são, portanto, artes que estão a serviço da saúde, entendida como bem-estar global do ser humano.

E é inserido neste contexto, ilustrando a preocupação com a humanização, que percebemos, desde o início de sua redação, estar o Código de Ética Odontológica, que dispõe em seu Capítulo I:

Art. 2º. A Odontologia é uma profissão que se exerce, em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto (Anexo p. 101).

A Odontologia tem, portanto, seu valor primordial na dignidade do ser humano, visto que se exerce em benefício de sua saúde. E promove uma abertura para a ética, pois uma odontologia moralmente boa, é também tecnicamente boa (MARTIN, 2002).

O mesmo autor diz ainda, em relação ao Código de Ética Médica de 1988 (o atualmente vigente), que emerge a figura do médico cujo mundo não se restringe ao universo de seu paciente, mas tem uma consciência social. É um serviço que visa à promoção de saúde não apenas do paciente, mas também de todas as pessoas e da pessoa toda.

Fato este encontrado no Código de Ética Odontológica quando dispõe que os profissionais que se ocupam da odontologia devem exercê-la em benefício da saúde da coletividade.

E esta é a tônica deste Código de Ética que revela a qualidade da atenção ao semelhante e põe os odontólogos à serviço da humanidade (GOMES, 2003).

Nota-se, ainda, a rejeição à discriminação, que como relata Martin (2002), segue os passos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que afirma em seu artigo 2º:

Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e liberdades estabelecidos nesta Declaração sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

Todo ser humano, sem qualquer diferença, tem o direito a um padrão de vida e de saúde que lhe assegure as condições mínimas de sobrevivência e de dignidade. É nesse mínimo que não pode existir discriminação (FRANÇA, 2002).

Por isso, a odontologia é considerada como profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, e não pode se afastar dos imperativos de interesse comum, tornando-se uma atividade elitista e discriminadora (FRANÇA, 2002).

Ramos (1994) escreve que a preocupação com discriminações no âmbito profissional, quer sejam elas contra profissionais (condições indignas de trabalho, salário, etc.), quer sejam contra os pacientes (recusas de atendimento, desatenção à saúde destes, etc.) representa uma das linhas fundamentais do Código de 1991, que se repete no de 2003, o vigente.

O Capítulo II do referido Código elenca os direitos fundamentais dos profissionais da odontologia. O Código trata da ética de todos os profissionais ou categorias auxiliares que ocupem cargos relacionados à odontologia, sejam cirurgiões-dentistas, técnicos em prótese dentária (TPD), técnicos em higiene dental (THD), atendente de consultório dentário (ACD) e auxiliar de prótese dentária (APD), segundo as suas respectivas atribuições e competências, como explicitado no Art 1º:

O Código de Ética Odontológica regula os direitos e deveres dos profissionais, das entidades e das operadoras de planos de saúde, com inscrição nos Conselhos de Odontologia, segundo suas atribuições específicas (Anexo p. 101).

3.1 Os Direitos dos Profissionais da Odontologia e a Humanização das Relações Assistenciais

O Artigo 3º do Código de Ética Odontológica é dedicado à questão dos direitos dos profissionais:

I - Diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observando o estado atual da ciência e sua dignidade profissional (Anexo p. 102).

A afirmação “nos limites de suas atribuições” limita o direito de ação de cada categoria profissional ao seu respectivo perfil de atribuições que está, cada uma em particular, prevista em lei. Só o dentista tem por direito diagnosticar, planejar e executar tratamentos com base em conhecimento científico adquirido em seu curso de formação (RAMOS, 1994).

O THD tem capacitação para executar alguns trabalhos, como moldagens, inserção de amálgama em cavidade realizada por cirurgião-dentista, entre outras. Mas sempre com a supervisão deste dentista.

Este dispositivo insere a palavra dignidade, considerada em todas as relações entre seres humanos, por isso, nesta também, a relação profissional. E retrata a necessidade desta dignidade ser mantida, não somente a do paciente, mas a do profissional, característica da humanização.

O mesmo artigo ainda dispõe:

II - Resguardar segredo profissional (Anexo p. 102).

De início o Código reconhece como direito guardar o segredo profissional, isto é, manter confidenciais informações sobre o paciente as quais se teve acesso devido à necessidade de se conhecer a história clínica (RAMOS, 1994).

Sendo um direito, faz parte do respeito e da dignidade em relação ao profissional, preservá-lo.

A guarda do segredo profissional é abordada também como dever, garantida, então, independentemente da vontade do profissional (RAMOS, 1994). No Inciso VI do Art. 5º, o Código estabelece como dever dos profissionais "guardar segredo profissional".

No Inciso XIII do mesmo artigo estabelece-se o dever de "Resguardar sempre a privacidade do paciente". Este inciso, de acordo com Ramos (1994) trata ainda do segredo profissional e do respeito devido ao paciente. Por ser mais abrangente, se refere a toda situação, a toda atitude por parte do profissional que possa comprometer a intimidade e a moral de seu paciente.

O profissional da saúde não pode revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício da profissão, mesmo se o fato for de conhecimento público ou que o paciente já esteja falecido (TIMI, 2003).

Quando em equipe, o cirurgião-dentista tem a obrigação legal de cuidar para que os componentes dessa equipe respeitem o segredo profissional.

Timi (2003) ainda escreve que esta obrigação é também da instituição de saúde que se responsabiliza pela guarda de prontuários, como clínicas e planos de saúde, que, por quebra do segredo, podem ser responsabilizadas civilmente, como

peças jurídicas, e seu diretor, ou responsável técnico pode ser responsabilizado administrativamente, pelo Conselho Federal.

Isto não significa que o cirurgião-dentista não possa discutir casos com colega. Pode, e acredita-se que a troca de informações entre colegas seja extremamente válida, contanto que sejam tomados os devidos cuidados em relação ao segredo, como não revelar nome de paciente, nem sua imagem, entre outros.

Sobre segredo profissional o presente Código contém um capítulo específico. O Capítulo VI dispõe sobre sigilo profissional. Vale ressaltar que o importante neste aspecto, da guarda do sigilo, é a confiança depositada no cirurgião-dentista pelo paciente, aspecto fundamental da relação humanizada.

III - Contratar serviços profissionais de acordo com os preceitos deste Código (Anexo p. 102).

O Código reconhece que a odontologia é uma profissão, o que quer dizer que através dela tiram-se os meios de subsistência. O profissional presta um serviço e, em contrapartida, é honrado por uma remuneração chamada honorário. "Honorários profissionais" representam o pagamento de honra ao qual este tem direito pela prestação de serviços. A preocupação do Código é que estes honorários sejam fixados por normas previstas neste mesmo Código, e que os serviços profissionais oferecidos o sejam de acordo com o conjunto dos preceitos éticos no que se refere às responsabilidades do profissional, limites de sua atuação, trato com o paciente, etc. (RAMOS, 1994).

Neste dispositivo se encontra a preocupação da classe odontológica com as condições de trabalho, visto que atualmente, o mercado tem recebido uma

quantidade muito grande de profissionais, principalmente cirurgiões-dentistas, devido ao aumento no número das faculdades de odontologia existentes no Brasil. Hoje as faculdades de odontologia existentes no Brasil possuem 15393 vagas disponíveis anualmente (CFO – Dados, 2005 Abr 03). Sendo que os estados do Acre e Roraima não possuem nenhuma dessas faculdades, o estado do Amazonas dispõe de 510 vagas, o Pará de 170, Rondônia de 140 vagas, Tocantins de 160 e Sergipe de 90. Ou seja, os dentistas estão concentrados principalmente nas regiões sul e sudeste. O que faz com que as condições de contratação sejam indignas nestes locais, devido à imensa procura de emprego.

O Código revela uma preocupação com a classe e suas condições de trabalho, afinal como seres humanos merecem condições dignas.

IV - Recusar-se a exercer profissão em âmbito público ou privado onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres (Anexo p. 102).

Preocupação também evidente no dispositivo ético anterior, trata-se da condição de trabalho do profissional da odontologia.

É assegurado aos odontólogos não aceitar exercer suas atividades numa instituição de saúde que não apresente as mínimas condições de trabalho ou que, no caso do cirurgião-dentista, possa contribuir para prejudicar seu paciente (FRANÇA, 2002).

Ramos (1994) escreve que o Código reconhece como direito profissional suspender suas atividades profissionais frente à situações reconhecidas como comprometedoras de sua boa atuação, decorrentes da falta de recursos que possa comprometer a dignidade, segurança e salubridade, dele e de seus pacientes, em qualquer instância em que esteja atuando.

E continua dizendo que este inciso visa conquistar o melhor para o profissional e para o paciente. Entendemos que ele deve ser visto não isoladamente, mas em conjunto com as outras obrigações do profissional, principalmente quanto à saúde do paciente e da comunidade.

Lutar para conseguir condições humanas de trabalho faz parte da luta para conquistar, para a sociedade, a saúde como bem-estar global da pessoa (MARTIN, 2002).

Lembra o mesmo autor que conveniências administrativas não podem ser colocadas acima do bem do paciente.

Ainda quanto aos direitos dos profissionais inscritos o Código de Ética Odontológica estabelece em seu Artigo Art. 4º:

V - Direito de renunciar ao atendimento do paciente, durante o tratamento, quando da constatação de fatos que, a critério do profissional, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional. Nestes casos tem o profissional o dever de comunicar previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade do tratamento e fornecendo todas as informações necessárias ao cirurgião-dentista que lhe suceder (Anexo p. 102).

A odontologia é uma profissão liberal e tem como característica a liberdade do exercício de suas atividades. É uma liberdade relativa, pois é uma profissão que traz em si elevados interesses ligados à pessoa humana. Desse modo, nem sempre é absolutamente livre o exercício da odontologia, há momentos em que se pode exigir do cirurgião-dentista uma obrigação de assistência (FRANÇA, 2002).

Afirma este dispositivo que cabe ao cirurgião-dentista considerar se há ou não condições para continuar dando assistência ao paciente buscando sempre seu bem-estar global. E completa que este profissional não pode abandonar o paciente, mas deve encaminhá-lo à colega, passando todas as informações necessárias e obtidas

durante o tratamento corrente, assegurando a continuidade e complementação necessárias para o cumprimento desse bem-estar, parte integrante da observância da dignidade do ser humano.

Ainda quanto aos direitos dos profissionais, se estabelece:

Art. 3º. VI - Recusar qualquer disposição estatutária ou regimental de instituição pública ou privada que limite a escolha dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício ou à livre escolha do paciente (Anexo p. 102).

Assim, continua, o Código, a zelar pela dignidade do trabalho do profissional da odontologia, dispondo a autonomia do cirurgião-dentista, que deve escolher os meios pelos quais possa promover saúde a seus pacientes. Faz uma ressalva, observando os princípios de benefício e autonomia do paciente. Nota-se que o benefício vem em primeiro lugar.

Em relação ao mesmo princípio da ética médica observa Martin (2002) que é uma provisão que procura, basicamente, defender a autonomia do profissional da saúde, mas defendendo os interesses do paciente, preocupando-se em garantir procedimentos adequados, reconhecidamente aceitos pela profissão.

Há, além dos direitos, obrigações do profissional da saúde com o ser humano, enraizadas numa humanidade básica e conseqüência da própria condição de ser humano. Deveres que propõe uma visão benigna, humanitária e solidária pela qual este profissional não se isola pura e simplesmente com quem tem um contrato de trabalho, seja em consultório ou âmbito público, mas pelo qual se abre para um compromisso social e um engajamento efetivo na promoção de saúde entendida como o bem-estar da coletividade (MARTIN, 2002).

Em relação aos deveres fundamentais, encontrados no Capítulo III do Código de Ética Odontológica, estão:

3.2 Os Deveres dos Profissionais da Odontologia e a Humanização das Relações Assistenciais

Art. 5º. Constituem deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia:
III - Exercer a profissão mantendo comportamento digno (Anexo p. 102).

Esta norma ética dispõe que a Odontologia deve ser exercida de maneira digna e que o profissional que a exerce deve manter comportamento ético. Diferente da Resolução 179/91, este Código acrescenta dois primeiros incisos citando o responsável técnico, que responde pelo comportamento de toda a equipe no âmbito de sua entidade de trabalho, seja particular como clínica ou empresa de convênio, ou ainda pública, como diretor de unidade de saúde, por exemplo.

Ramos (1994) escreve que embora abordando de forma genérica, o dispositivo relacionado à comportamento digno quer lembrar aos profissionais que seu comportamento pessoal reflete na imagem dos colegas e da classe. E exemplifica que se um dentista ocupa as manchetes dos noticiários por ter praticado ato ilícito em atividade profissional ou não, repercutirá na imagem de todos os colegas. Comportamento observado em relação aos políticos, pois fatos que envolvem políticos corruptos comprometem negativamente todos os políticos, e também as instituições que representam.

No mesmo capítulo estabelece o Código como dever dos profissionais:

IV - Manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais, necessários ao pleno desempenho do exercício profissional (Anexo p. 102).

A odontologia é uma ciência, e como tal é conhecimento dinâmico, que constantemente muda, e se atualiza na busca de melhores resultados. O profissional que se torna defasado em seu conhecimento técnico-científico perde, então, a oportunidade de conseguir melhores resultados, por exemplo, na terapêutica a ser proposta a seus pacientes, sendo responsável por eventuais insucessos (RAMOS, 1994).

A atualização constante é um dever do profissional da saúde em prol do paciente, com a necessidade deste profissional acompanhar a evolução científica e técnica da odontologia (TIMI, 2003).

Assume este profissional, um compromisso com o desenvolvimento tecnológico e científico e um compromisso com o usuário no uso desses conhecimentos, para que os interesses de ambos não se transformem numa simples e boa intenção. Há, portanto, para o pleno e ideal exercício da profissão na sua forma individual ou coletiva, de se requerer um aprimoramento sempre continuado, adquirido através de conhecimentos recentes da profissão, no que se refere às modernas técnicas de diagnóstico, tratamento, sejam nas publicações especializadas, sejam nos congressos ou cursos de especialização (FRANÇA, 2002).

Martin (2002) diz que o profissional da área da saúde não é obrigado a saber tudo que sai nas revistas especializadas de sua área, mas seria razoável exigir que possuísse a habilidade e o tirocínio comumente demonstrados por outros profissionais da mesma área que tenham notoriedade na mesma ou semelhante

localidade e, se especialista, dominasse os padrões técnicos de sua especialidade. A ausência de, pelo menos, este nível de competência parece caracterizar imperícia.

De acordo com França, BHS (2003), imperícia significa ignorância, incompetência, falta de aptidão, inexperiência na arte ou profissão. Para o profissional da saúde, pode configurar a falta de destreza ou desconhecimento da técnica operatória.

Consiste, portanto, na falta de conhecimento ou habilitação, proveniente da falta de prática, da ausência de conhecimentos técnicos sobre a profissão ou ofício relacionados à odontologia, já que essas atividades têm princípios e normas que devem ser conhecidos pelos que a elas se dedicam (OLIVEIRA, 2000).

Em relação aos conhecimentos culturais, percebe-se que na atualidade procura-se atender e entender as pessoas na sua totalidade, ou seja, em todas as dimensões da vida dessa pessoa. Os pacientes querem ser acolhidos como pessoas e não como dentes, querem profissionais com personalidade como eles, e não simples “tratadores de dentes” (RAMOS, 1994).

Para tanto, o cirurgião-dentista e sua equipe devem estar preparados para receber o paciente de maneira total e aptos a manter uma relação agradável com essa pessoa, sendo capaz de conversar sobre esportes, artes, diversão, política, entre outros.

Vale aqui ressaltar que a capacitação permanente dos profissionais (educação continuada) é uma das facetas da humanização da assistência (MARTINS, 2002).

Ainda quanto aos deveres dos profissionais (Art. 5º) o Código determina:

V - Zelar pela saúde e pela dignidade do paciente (Anexo p. 102).

Remen (1993), já relatava que as concepções de saúde comumente aceitas foram reexaminadas e mostradas incompletas. Para muitos era considerada como ausência de doença, mas esse conceito foi considerado cada vez mais impreciso e um tanto limitado. Mais e mais pessoas começaram a considerar a saúde em termos dinâmicos, não como uma condição, mas como uma habilidade. As pessoas saudáveis parecem ser capazes de lidar criativamente com as mudanças físicas e psicológicas, com um mundo cada vez mais complicado e estressante, descobrindo nele uma percepção crescente de identidade pessoal, de significado e realização.

De acordo com Martin (2002) a Organização Mundial de Saúde, em 1947, definiu saúde como: “o completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a simples ausência de doença.”

O mesmo autor escreve que bem-estar físico significa estar à vontade no próprio corpo, sem estar perturbado com dores ou desconfortos que o debilitem. E é preciso também trabalhar o bem-estar mental no contexto de quadro geral da saúde da pessoa. A ênfase na saúde como bem-estar físico e mental tem hoje uma aceitação bastante generalizada. A saúde como bem-estar social tem menos aceitação, por se mais difícil de concretizar e efetivar. Pode-se entender como profissionais da área de assistência à saúde, sobrecarregados já em seu serviço ao bem-estar físico do paciente, mostram resistência à tendência de estender a abrangência do conceito de saúde para o social, afinal, pacientes de classe sociais menos abastadas correm o risco de tratamentos terem sido em vão, ao serem encaminhados às condições de insalubridade e alimentação inadequada, em que muitos vivem.

Toda concepção de saúde humana baseia-se, consciente ou inconscientemente, numa concepção do ser humano. As rápidas mudanças na

definição contemporânea de saúde significam e correspondem ao mesmo tempo a uma concepção da própria natureza humana, que está se modificando e se expandindo rapidamente na sociedade. As descobertas da exploração da natureza humana têm o potencial de afetar profundamente a prática diária dos cuidados com a saúde. Promete modificar as expectativas das pessoas que oferecem cuidados e daquelas que os procuram, ampliando e intensificando os objetivos e relacionamentos terapêuticos (REMEN, 1993).

Sgreccia (2002) complementa dizendo que esta concepção de saúde pode ser aperfeiçoada, visto que se compreende melhor a saúde como equilíbrio dinâmico, dentro da soma de diversos órgãos e funções do organismo, entre o soma e a psique em nível individual, e entre o indivíduo e o ambiente. A concepção do ambiente deve ser incluída nessa definição não apenas como ambiente social, mas também ecológico, justamente pelo intercâmbio existente entre o organismo humano e o ambiente biofísico que o circunda. E a integração maior da definição deve ser considerada em nível ético, pois esta dimensão existe radicada no espírito do homem, em sua liberdade e em sua responsabilidade. A saúde é administrada como um bem da própria pessoa.

O paciente, dotado ou não de saúde, merece ser visto na sua totalidade. Este é um preceito técnico, por isso o odontólogo preocupa-se com seu quadro clínico geral. É importante estender o conceito de saúde a todas as dimensões: social, psicológica, econômica, etc (RAMOS, 1994). E completa Sgreccia (2002) que a totalidade do paciente deve ser trabalhada em todos os sentidos, o orgânica, o sentido psíquico e mental, o ecológico-social e o sentido ético.

O profissional da saúde deve tratar com benignidade, humanidade e solidariedade qualquer ser humano, precisamente em razão de sua condição

humana. É de se esperar que tal mentalidade também deixe sua marca na relação, entre o cirurgião-dentista e o paciente (MARTIN, 2002).

A odontologia deve, portanto, ser exercida de forma consciente, com ações e recursos que tenham como meta a saúde do ser humano e da coletividade. Seu alcance não deve ser estendido apenas ao indivíduo, mas a um compromisso com o homem como pessoa e com a sua realidade, na mais ampla concepção de ser humano (FRANÇA, 2002).

Já a dignidade humana, que corresponde ao homem pelo simples fato de sê-lo, é o fundamento real da atuação ética e ponto de partida para um embasamento ético sólido. É adquirida, e permanece intimamente unida ao conceito de pessoa (BLASCO, 1997).

Ainda quanto aos deveres dos profissionais o Código determina:

VII - Promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado (Anexo p. 103).

Por saúde devemos entender todos os aspectos que envolvem a saúde da comunidade, e não só os odontológicos. Obviamente a responsabilidade de um profissional da saúde, como o odontólogo, tem sua ênfase no específico de sua profissão. Cabe a cada profissional, independentemente de onde exerça sua função zelar, por exemplo, pela boa educação em saúde odontológica de seus pacientes, orientando-os sobre métodos preventivos, como higiene bucal. Mas se a ênfase maior está no específico da profissão, isto não significa que se esgotem suas responsabilidades. Ser profissional com formação universitária em saúde, pode significar zelar pela educação em saúde de forma mais abrangente, como por exemplo, informar seu paciente sobre o que é uma ou outra doença cujo

conhecimento público está sendo distorcido de forma sensacionalista pelos meios de comunicação (RAMOS, 1994).

Escreve o mesmo autor que promover a saúde coletiva pode significar, também, zelar pelo meio ambiente; pelo menos evitando-se que não seja o exercício da profissão causa de problemas ambientais, por exemplo na contaminação ambiental causada pelo mercúrio utilizado na odontologia, não só dentro dos consultórios, mas fora deles através de seu esgoto. Ou a contaminação ambiental ou disseminação de doenças, causadas por lixo infectado, produzido nos consultórios odontológicos e por negligência acondicionado, armazenado ou coletado fora dos padrões da Vigilância Sanitária.

França (2002) completa dizendo que o profissional da saúde não deve apenas ficar no exercício da atividade curativa, mas também assumir parte na responsabilidade na questão da saúde pública, da educação sanitária e da luta pela organização da sociedade civil em favor da melhoria das condições de vida e da saúde coletiva.

Acredita-se que no contexto social em que vivemos nesta profissão, este dispositivo demonstre certa preocupação com a responsabilidade social que o cirurgião-dentista deve ter para com a sociedade. Elucidando questões relacionadas à saúde, e mais especificamente aos problemas bucais. E frisando que esta responsabilidade não deve ser somente daquele profissional que trabalha em âmbito público e por isso participa, por exemplo, de programas de prevenção. Mas de todos os que atuam na área da odontologia.

Outro dispositivo apresentado no Código no Artigo 5, estabelece como dever dos profissionais:

IX – Apontar falhas nos regulamentos e nas normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas para o exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes (Anexo p. 103).

Mais uma vez o Código prima pelo benefício do paciente e do profissional, ressaltando que as condições de trabalho devem ser dignas para o bom andamento do tratamento odontológico e para que o bem-estar dos dois atores seja alcançado.

Ramos (1994) relata que além de ser direito dos profissionais trabalhar com dignidade, é dever dos mesmos apontar irregularidades nas instituições em que trabalhe, entendendo-se como infração ética a omissão neste sentido. E indica os órgãos competentes, como os Conselhos Regionais e a Vigilância Sanitária, para que o profissional se dirija no caso de observância de infração ética, chamando a coresponsabilidade a essas instituições.

Ainda no capítulo dos deveres (Art. 5º) fica estabelecido que os profissionais devem “XI – Abster-se da prática de atos que impliquem mercantilização da Odontologia ou sua má reputação” (Anexo p. 103).

A prática odontológica é uma atividade empresarial e, como tal, se vê também determinada por leis de mercado. Assim, rotinas mercantis desde que lícitas, tais como são os vários tipos de mecanismos de cobranças (duplicatas, promissórias, etc.), não podem ser enquadradas aqui neste sentido de “mercantilismo” que o Código condena (RAMOS, 1994).

Como dito anteriormente, a odontologia é prevista pelo Código como uma profissão, e como tal, é um meio de subsistência. Certamente não se espera que os profissionais trabalhem de graça, mas se reconhece um sistema justo de honorários.

No entanto, esta profissão, como já disposto no artigo 2º desta normativa, deve ser exercida *em benefício da saúde do ser humano e da coletividade*. Portanto,

deve possuir seu enfoque na pessoa humana e não na mercantilização desta atividade.

3.3 As Responsabilidades Ético-Profissionais para com os Pacientes e sua Relação com a Humanização

O Código de Ética Odontológica dedica um capítulo para tratar especificamente da relação profissional-paciente, isto no Art. 7º. Curioso destacar que o texto enumera as posturas que devem ser evitadas, sendo consideradas, então, infrações éticas. “Art. 7º Constitui infração ética”:

I - Discriminar o ser humano de qualquer forma ou pretexto (Anexo p. 104).

A discriminação, já contida no Art. 2º, é mais uma vez assunto disposto nesta Resolução, que quer buscar o atendimento do ser humano na sua totalidade, procurando prover o respeito à sua dignidade, fundamento bioético, e portanto da humanização.

Martin (2002), sobre a discriminação, escreve que, a Declaração Universal dos Direitos Humanos não está preocupada somente com o fato dela em si, mas também com as palavras que possam levar a qualquer incitamento de ser provocada.

II - Aproveitar-se de situações decorrentes da relação profissional – paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política (Anexo p. 104).

Este tipo de exploração, física, emocional, financeira ou política, segundo Martin (2002), constitui má prática da profissão na relação com o paciente, pois é atentar contra a dignidade da pessoa que se tornou seu paciente. Ele deposita uma enorme confiança no cirurgião-dentista e tem o direito de esperar que não haja abuso dessa confiança.

Martin (2002) ainda faz referência ao paciente atendido na saúde pública, em hospitais que atendem um grande número de pessoas, ou mesmo em hospitais-escolas, onde às vezes o paciente é todo desnudado (em relação à prática médica) sem grande preocupação com sua sensibilidade e tratado mais como objeto de que como pessoa. Casos como este, mesmo sendo mais de descuido que de maldade, devem ser remediados.

Em situações desconfortáveis, como a citada acima, a integridade física e moral do paciente não pode ser desrespeitada, cabendo ao profissional responsável explicar claramente a situação fática a qual o paciente vai ser submetido, mostrando-lhe os benefícios e a necessidade dela; e após o entendimento e a concordância do paciente, ainda cabe ao profissional o dever de zelar, junto a toda a equipe que atua no atendimento, que esse direito seja respeitado (TIMI, 2003).

Em relação à odontologia, podemos citar casos de dor intensa, ou até de procedimentos estéticos que podem causar desconforto e constrangimento ao paciente, como fratura de incisivos ou abscessos extra-orais. Pessoas que necessitam de atenção, cuidado e respeito à sua privacidade.

Ainda no sentido de exploração do paciente, Martin (2002) diz que enganar o paciente exagerando no diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, para poder cobrar mais por consultas e tratamentos é, claramente, um caso de má prática da profissão

e uma das maneiras mais óbvias de explorá-lo. E o Art 7º confirma tal afirmação com o seguinte dispositivo:

III - Exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica (Anexo p. 104).

Ramos (1994) relata que este exagero pode servir com forma do profissional supervalorizar sua competência visando, às vezes de má fé, auferir lucros indevidos.

Não deve o cirurgião-dentista, ainda, maximizar os riscos com o objetivo de parecer que o tratamento é mais difícil do que realmente é, bem como não deve minimizar os riscos, mesmo que com o objetivo de preservar uma falsa tranqüilidade do paciente (TIMI, 2003).

O paciente quando busca o profissional da saúde muitas vezes está num momento de extrema fragilidade e vulnerabilidade da condição humana. O cirurgião-dentista não pode utilizar a vantagem de uma relação contingencial e assimétrica e, menos ainda, a famigerada lei de mercado que decorre da oferta escassa da demanda de atenção à saúde (GOMES, 2003).

IV - Deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento (Anexo p. 104).

O ser humano deve ser respeitado em sua dignidade, o que presume ser respeitado como leigo que merece ter informações precisas sobre sua situação, enquanto paciente, dos propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento (RAMOS, 1994).

O profissional deve procurar explicar ao paciente, buscando vocabulário adequado para o entendimento da situação, tentando usar exemplos comparativos

na atividade cotidiana do paciente. Deixar claro as alternativas, a indicação, se existem riscos, diferenciá-las das complicações, e dizer o prognóstico (TIMI, 2003).

Até há pouco tempo, os profissionais da saúde, como o cirurgião-dentista, eram tidos como detentores de todo conhecimento em relação à saúde de seu paciente. Hoje os pacientes querem saber o que está acontecendo e quais as terapêuticas possíveis para o estado em que se encontra.

França, GV (2003) escreve que a velha fórmula de entender que o profissional da saúde sempre sabe o que é bom para o paciente, sem nenhuma justificativa ou consentimento do paciente, vai sendo paulatinamente substituída por outra, em que as pessoas exigem o direito de saber as razões e os motivos do que nelas se faz e, até mesmo, o direito e a motivação de cobrar do profissional possíveis danos onde fique manifesto o descumprimento de seus deveres de conduta ética ou de ofício.

Guanais e Marques (2002) lembram que o paciente não é mero objeto no qual os profissionais da área da saúde trabalham e decidem por sua única e exclusiva opinião. Os pacientes são dotados de direitos inalienáveis, que devem ser respeitados por todos.

As pessoas são donas de seus corpos e confiam aos profissionais prestadores de cuidados acreditando na cura, ou ao menos na melhora. Nem sempre recebem as explicações que ambicionam e a que têm direito, ou são consultadas de forma esclarecida sobre procedimentos a que são submetidas. As relações intermediadas pelas máquinas, pela tecnologia existente e disponível, acabam distanciando as pessoas e fazendo com que os receptores de assistência fiquem mais predispostos a queixar, ou mesmo pleitear judicialmente, por não serem convenientemente atendidos (RATTNER, 2003).

Timi (2003) diz que é dever do profissional de saúde e direito do paciente saber seu diagnóstico e prognóstico. Devem ser expostas ao paciente ou seu responsável as variáveis que podem influir no prognóstico, bem como devem ser expostos todos os meios terapêuticos para a doença em questão.

Para serem evitadas situações dúbias, por ocasião dos esclarecimentos prestados ao paciente pelo profissional de saúde, deverão ser mostradas alternativas de tratamento compatíveis com o seu caso concreto e com as condições científicas disponíveis. Quando se prevê a utilização de tratamentos vários, deve ser considerada também a questão da dor, vale dizer, qual a alternativa menos ou mais dolorosa (LIMA, 2003).

Lima ainda escreve que também será útil o esclarecimento do tempo previsível de recuperação do paciente, e ainda, informar os custos dos tratamentos, mais caros ou mais baratos. Este esclarecimento evitará contratempos nos pagamentos dos mesmos possibilitando que o paciente se programe, qualquer que seja a escolha.

V - Executar ou propor tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado (Anexo p. 104).

A relação profissional da saúde – paciente para progredir, precisa ser baseada na confiança que o profissional inspira, e na compreensão por parte do paciente, que este profissional tem suas limitações. O paciente precisa sentir que quem vai tratá-lo é um profissional que domina o ofício (ISMAEL, 2002).

A indicação de uma terapêutica deve basear-se nas necessidades clínicas do paciente e realizada só se o profissional tem aptidão técnica para tanto. Não pode

ser fator de indicação técnica, por exemplo, o que dá mais lucro ao profissional (RAMOS, 1994).

Se o profissional age sem a devida cautela, expõe o paciente a riscos desnecessários, caracterizando imperícia (MARTIN, 2002).

Ou seja, o profissional tem autonomia para decidir o melhor tratamento, mas deve sempre pensar no benefício do paciente, desenvolvendo trabalhos necessários e sobre os quais ele tenha conhecimento.

A Lei 5.081 de, de 24 de agosto de 1966, regulamenta o exercício da odontologia no Brasil. O artigo 6º da referida lei dispõe:

Compete ao cirurgião-dentista:

I. praticar todos os atos pertinentes à odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação (BRASIL, 1966).

Cabe, então, ao cirurgião-dentista, usar de seus conhecimentos e aplicá-los à clínica odontológica. Entretanto, alguns cursos de graduação, apesar de possuírem em seu programa certas disciplinas, não preparam o profissional para determinado tipo de procedimento. Por exemplo, o que se aprende sobre ortodontia num curso regular de graduação em odontologia, na maioria das vezes, não prepara o aluno para que, quando profissional, realize este tipo de procedimento. Seria necessário que o mesmo fizesse um curso de pós-graduação nessa área, para que então estivesse preparado. Portanto, apesar de a lei que regulamenta a profissão permitir, o cirurgião-dentista deve possuir senso crítico na hora de atender um paciente, e efetuar as terapêuticas para as quais se sinta preparado e detentor de conhecimento.

VI - Abandonar paciente, salvo por motivo justificável, circunstância em que serão conciliados os honorários e indicado substituto (Anexo p. 104).

O abandono se dá quando o profissional deixa de atender paciente. E é considerado por Martin (2002) caso de negligência.

A regra é que o cirurgião-dentista não pode abandonar paciente, a não ser em situações especiais, em que ele pode renunciar ao tratamento, desde que isso seja levado ao conhecimento de seu assistido e que não haja prejuízo neste afastamento. Por outro lado, é muito natural que numa relação profissional não existindo mais confiança do paciente, ou quando ele não atende mais às prescrições do profissional, cheguem as partes a um acordo, em que o cirurgião-dentista venha a ser dispensado de sua assistência (FRANÇA, 2002).

Para que este abandono não seja caracterizado, é necessário que haja um motivo justificável, que segundo Ramos (1997) está inserido em um conjunto de circunstâncias que vão desde a efetiva capacitação técnica do profissional até recursos financeiros do paciente em clínica particular, chegando às instituições prestadoras de assistência odontológica (clínicas, cooperativas e demais entidades prestadoras ou contratantes de serviços odontológicos), que devem propiciar padrões de trabalho minimamente adequados de higiene, segurança e condições técnicas.

O cirurgião-dentista pode deixar de atender paciente contanto que indique colega para substituí-lo e passe para este todas as informações decorrentes do tratamento e necessárias para a continuação do mesmo. (Ver comentários do inciso V do Art. 3º).

Segundo Ramos (1994) uma circunstância que coloca em pauta as questões de abandono e recusa, diz respeito a pacientes contaminados pelo vírus da AIDS.

Para estes casos escreve Ramos (1997) que, se por um lado os odontólogos são chamados a não negligenciar a atenção para com esses pacientes, por outro a complexidade dos fatores envolvidos deve ser também observada, o que pode levar mesmo à verificação de que não é oportuno o atendimento odontológico devido, por exemplo, a quadro sistêmico debilitado do paciente, ou padrões de tratamento minimamente adequados de higiene, segurança e condições técnicas.

Continua dizendo que não se configura recusa ou o abandono do paciente quando, em determinadas situações, o profissional não realiza procedimentos clínico-cirúrgicos, mas zela por esclarecer e orientar adequadamente o paciente sobre a contra-indicação do tratamento, adiando-o para um momento mais oportuno ou mesmo encaminhando-o para serviço ou profissional mais capacitado.

VII - Deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro cirurgião-dentista em condição de fazê-lo (Anexo p. 104).

Ramos (1997) escreve que o abandono ao paciente é, em princípio, visto como infração ética, principalmente em condições de urgência nas quais não haja outro profissional para atendê-lo.

De acordo com o mesmo autor, o conceito “urgência”, no campo da odontologia, considera a dor e mesmo danos estéticos abruptos, repentinamente causados.

Portanto, frente a estas circunstâncias, o cirurgião-dentista não pode se eximir do atendimento na falta de colega que possa realizá-lo.

Martin (2002) diz que na ausência de outro, o profissional que se omite em casos de urgência é responsável por uma negligência.

Seria, inclusive, desrespeito ao paciente deixar de atendê-lo, visto que o mesmo pode e deve estar passando por situação de dor, constrangimento (no caso de estética), e às vezes até, por situação que não remediada no momento causará perda de órgão dentário (avulsão, por exemplo).

A omissão de socorro é uma forma de infração imposta pelos diplomas modernos, no sentido de manter a solidariedade humana, estimulando o respeito humano como dever cívico e obrigação legal. Não apenas um dever moral, mas, sobretudo, um imperativo de ordem e de interesse social (FRANÇA, 2002).

IX - Desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente (Anexo p. 104).

O paciente deve ser respeitado como leigo, em sua dignidade, e merece informações precisas sobre sua situação, devendo ser sempre suficientemente esclarecido sobre as terapêuticas a serem realizadas. Além disso, o tratamento deve ser feito se o profissional estiver devidamente capacitado (RAMOS, 1997).

O cirurgião-dentista deve, ainda, orientar e supervisionar a conduta de seu pessoal auxiliar, objetivando o respeito ao paciente (RAMOS, 1994).

XII - Iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência (Anexo p. 104).

O paciente deve ser esclarecido em todas as fases de seu tratamento. Este esclarecimento deve envolver a indicação, o prognóstico e as alternativas de tratamento (TIMI, 2003). (Ver comentários do inciso IV do Art. 7º deste Código).

Isso feito numa linguagem clara, amena e acessível ao paciente, determinando um regime de parceria, sem prejuízo de qualidade técnica, estabelecendo com o paciente um vínculo de parceria (GOMES, 2003).

Timi (2003) ainda escreve que após o término da explicação, o profissional deve se certificar que o paciente realmente entendeu a questão. E então, deve solicitar que o paciente ou seu responsável legal assine um termo de consentimento esclarecido.

O consentimento é uma manifestação de respeito ao paciente e reflete o amadurecimento das relações sociais. O documento de consentimento elaborado pelo cirurgião-dentista expressa uma transparência aos seus pares, usuários (pacientes) e à instituição ou consultório em que trabalha. Constitui-se de um instrumento direcionado para obtenção de uma confiança maior pelo paciente, tanto no profissional, quanto na instituição em que está sendo atendido (FREITAS, 2002, sobre o termo de consentimento livre e esclarecido necessário para a realização de pesquisas com seres humanos. Esta consideração é relevante neste momento, visto que o termo de consentimento envolve a saúde do paciente, tanto na pesquisa, como na clínica odontológica).

Um engano que deve ser evitado é o de ser o consentimento informado reduzido a um simples formulário. Essa idéia simplista leva à supervalorização de um documento isolado, muitas vezes em detrimento de um conjunto de atos e fatos (processo de consentimento) que poderão confirmar ou negar o próprio conteúdo do termo de consentimento formalizado (LIMA, 2003).

O consentimento representa, portanto, uma delegação de poderes para aquilo que necessariamente deve ser feito. No entanto, deve ficar bem evidente que isso não isenta o profissional de saúde da obrigação de esclarecer seu paciente do maior

ou menor risco de um tratamento, mostrando as vantagens de uma intervenção. Esse é o princípio que assegura a cada um escolher o caminho para sua saúde (FRANÇA, 2002).

O mesmo autor diz ainda que, quem legitima o ato do profissional de saúde não é apenas o consentimento livre e esclarecido, sendo este apenas uma parte da decisão. A outra, pertence ao profissional com suas razões de ordem técnicas, éticas e legais, baseando-se no benefício ao proporcionado paciente.

3.4 As Responsabilidades Ético-Profissionais da Equipe de Saúde e a Humanização das Relações Assistenciais

A Seção II do Capítulo V fundamenta as ações dos profissionais frente à “equipe de saúde”.

A odontologia atual caracteriza-se pelo fato do cirurgião-dentista não trabalhar mais isoladamente, mas, de uma forma direta ou indireta, depender de outros profissionais da odontologia, da medicina, da psicologia, da fonoaudiologia, do serviço social, etc. (RAMOS, 1994).

Por isso o artigo 8º. dispõe em seu enunciado:

No relacionamento entre os membros da equipe de saúde serão mantidos o respeito, a lealdade e a colaboração técnico-científica (Anexo p. 104).

Uma verdadeira área da saúde é estabelecida com diversos profissionais, com uma mesma preocupação: que possam contribuir decisivamente em favor da saúde do homem e da população. Assim, esse sistema solidário vai contar com mais

recursos humanos e com formas mais organizadas e efetivas de atendimento, melhorando a qualidade do trabalho e sistematizando as ações de saúde, pelas quais o paciente será cada vez mais beneficiado (FRANÇA, 2002).

O convívio da equipe de saúde só pode ser sadio quando cada parte envolvida está sensibilizada sobre a importância deste trabalho multidisciplinar, e sabe respeitar os seus próprios limites e dos outros profissionais (RAMOS, 1994).

Nos serviços públicos de saúde, onde esta realidade multidisciplinar se torna mais evidente, usualmente as equipes se caracterizam por se inserirem num sistema com diversos níveis de atenção à saúde, dentro de diferentes programas, como as ações preventivas para crianças, gestantes e idosos. Atua-se, então, em equipe, sendo que dentro destas existem diferentes opções para a atuação dos profissionais, possibilitando a diversificação das atividades. Na distribuição de tarefas, entre os colegas da equipe deve-se manter o respeito, a consideração e a lealdade (RAMOS, 1997).

O respeito existente dentro da equipe, além de importante por humanizar a relação entre os profissionais, se reflete no atendimento provido ao paciente, fazendo com que o mesmo também seja respeitado.

Portanto não basta que a relação entre os profissionais e o paciente seja saudável. A integração e a harmonia entre os profissionais que formam a equipe de saúde são de extrema importância no favorecimento da humanização das relações assistenciais. Projetos como o da Saúde da Família e a Programa de Atendimento Domiciliário (PAD) são facilitadores desta promoção em prol do atendimento humanizado.

Sobre a Saúde da Família, Blasco (1997) escreve que é um estilo de praticar a atenção à saúde. Trata-se do estilo de sempre, que não deveria ter sido perdido, e

que orienta para, no meio do progresso, não perder o objetivo e a razão das profissões da saúde: o cuidado do paciente. Quem não conceder importância a esta forma de exercer as profissões da área da saúde, dificilmente saberá comunicar-se com o paciente, criando barreiras e aumentando a angústia natural que a moléstia provoca em quem dela padece.

Este projeto inclui diversos profissionais de saúde, inclusive o cirurgião-dentista, e sua proposta é levar às pessoas, principalmente as menos afortunadas, atendimento humanizado.

Já o atendimento domiciliário sabe adaptar com ciência e sabedoria a teoria de um caso particular, levando ao paciente que permanece na sua residência o que de melhor a área da saúde pode oferecer. A avaliação de casos em domicílio permite uma abordagem seqüencial e cobre aspectos muitas vezes ignorados no âmbito hospitalar (BLASCO, 1997). E procura atender o paciente em sua totalidade, contando com equipe multidisciplinar, composta por médicos, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, entre outros.

3.5 A Prestação de Serviços como Prática Empresarial e seus Aspectos que Implicam na Humanização

O Capítulo VII do Código de Ética Odontológica dispõe sobre honorários profissionais:

Art. 11^o. Na fixação dos honorários profissionais, serão considerados:
I - A condição sócio-econômica do paciente e da comunidade (Anexo p. 105).

França (2002), afirma que este dispositivo prevê a proibição da cobrança abusiva, imoderada e além do que se pode convencionar por ganho justo, considerando as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática do lugar.

Percebe-se que também na aplicação dos honorários se destaca o respeito às diversas realidades, como a condição sócio-econômica do paciente e da comunidade, que constituem-se elementos facilitadores da humanização.

Esta humanização é evidenciada neste capítulo, ainda no seu Artigo 12 – “Constitui infração ética”:

V – Abusar da confiança do paciente submetendo-o a tratamento de custo inesperado (Anexo p. 106).

Ramos (1994) comenta que o profissional não pode se aproveitar de seu saber técnico para enganar paciente. O relacionamento profissional-paciente baseia-se em confiança. Atrás do inesperado, pode-se encontrar a má-fé, quando o paciente, leigo em questões odontológicas, é convencido que precisa de determinado trabalho, muitas vezes, com o intuito do lucro. Ou ainda, a negligência em planejar corretamente o tratamento.

A boa prática da convivência entre cirurgião-dentista e paciente, nas questões de honorários, sempre ensinou que deve ser combinado o valor dos honorários profissionais antes da execução dos trabalhos, principalmente aqueles que se revestem de certa quantidade ou qualidade, facilitando muito esse bom relacionamento eu deve existir sempre entre eles (FRANÇA, 2002).

Deve-se, portanto, sempre que da realização de um procedimento, informar o paciente sobre os custos do mesmo, e até sobre alternativas de tratamento, já que

assim o paciente pode encontrar, juntamente com o cirurgião-dentista, a melhor alternativa para seu caso.

No Capítulo X, os artigos abordam as entidades com atividades no âmbito da odontologia:

Art. 23º. As entidades mencionadas no artigo 21 ficam obrigadas a (Anexo p. 107):

As entidades citadas no dispositivo acima são toas as que exercem a odontologia de maneira direta ou indireta, como clínicas, cooperativas convênios e planos de assistência.

II – Manter a qualidade técnico-científica dos trabalhos realizados (Anexo p. 107).

Evidente, mais uma vez, a preocupação com a qualidade dos trabalhos realizados em função da melhoria da saúde do ser humano, evitando a massificação dos atendimentos.

Para tanto, escreve Ramos (1994) que as entidades são obrigadas a propiciar aos profissionais da odontologia que lá trabalhem, meios adequados para realizar suas tarefas, como disposto no inciso abaixo:

III – Propiciar ao profissional condições adequadas de instalações, recursos materiais, humanos e tecnológicos definidas pelo Conselho Federal de Odontologia, as quais garantam o seu desempenho pleno e seguro, exceto em condições de emergência ou iminente perigo de vida (Anexo p. 107).

Continuando com a mesma linha de pensamento, o padrão de qualidade dos tratamentos deve ser mantido, pois constitui infração ética não fazê-lo. Afinal, cada

paciente é um ser humano, que merece ser respeitado em sua dignidade. E oferecer tratamento com baixo padrão de qualidade não é atitude ética, e muito menos humanizada. Assim :

Art 24. Constitui infração ética:

II – Oferecer tratamento abaixo dos padrões de qualidade recomendável (Anexo p. 107).

E mais uma vez, preocupa-se Código de Ética Odontológica com o esclarecimento ao paciente e o respeito devido ao mesmo quando dispõe sobre o mesmo artigo:

VI – deixar de manter os usuários informados sobre os recursos disponíveis para o atendimento e de responder às reclamações dos mesmos (Anexo p. 108).

4 DISCUSSÃO

Analisando os conceitos de humanização encontrados no presente trabalho e para que a discussão possa ser feita, define-se humanização das relações assistenciais como: um processo de reconhecimento da dignidade do paciente como ser humano, para que o mesmo seja respeitado em sua totalidade e acolhido em seu sofrimento. Sem esquecer que, para tanto, o profissional deve ser valorizado na realização de seu trabalho, tendo também sua dignidade respeitada.

A relação profissional da saúde-paciente, se desenvolvida com atenção e zelo à saúde na totalidade da pessoa humana, é a forma mais evidente de promover a humanização da assistência. Existem outras maneiras, como a educação continuada do profissional, e até mesmo a preservação do ambiente em que o paciente será atendido, desde recepções, até consultórios ou salas cirúrgicas.

No entanto, se o paciente for atendido por profissional de nível técnico elevado, em ambiente com os aspectos de biossegurança, limpeza e até beleza preservados, mas não receber informações sobre seu estado, não for ouvido, não for “olhado”, dificilmente será estabelecida uma relação efetivamente *humana*.

Por este motivo, as informações deste trabalho, se referiram desde a relação com o paciente, e como ela foi desenvolvida ao longo da história. Em especial, relatam brevemente a história da odontologia, que vem, em sua maior parte, entrelaçada com a medicina. Mas, a certa altura da história do Brasil, em meados do Século XVII, é desvinculada dessa área, principalmente para as pessoas de classes sociais menos favorecidas, fazendo parte da cultura popular, o que acontece quando

os “pacientes” (pacientes ou clientes?) passam a ser atendido por barbeiros-cirurgiões.

As classes sociais mais abastadas das sociedades antigas eram atendidas por cirurgiões e médicos e, portanto, possuíam uma relação com estes profissionais como pacientes de acordo com os princípios éticos hipocráticos.

No entanto, a grande maioria da população, menos afortunada, era “atendida” em praças públicas, onde se realizavam procedimentos como exodontias, sem o devido cuidado com o ser humano, sem privacidade, sem respeito. Como visto no início deste trabalho, as pessoas ficavam sentadas no chão, ou em banquetas, para que o profissional pudesse usar seus pés na cabeça do “paciente”, como forma de apoio na realização dos procedimentos. Devido ao atendimento precário, às vezes essas pessoas sofriam com cirurgias mal-realizadas e suas conseqüências, como fraturas ósseas.

Fatos que ocorreram até a instituição das Faculdades de Odontologia, o que no Brasil começou a acontecer em 1930, a profissão passou a ser valorizada e reconhecida como ciência.

Com isso, a odontologia, parte integrante da área da saúde reconhecida como ciência, passou a participar da corrida científica em prol do progresso técnico das ações promovidas pelos que exerciam esta atividade. E na verdade, muitos avanços foram conseguidos. E são conseguidos até hoje, como as técnicas de endodontia, prótese, implante, entre outras. Também em relação à biossegurança, que sofreu grandes mudanças para a preservação da saúde do paciente e do cirurgião-dentista.

No entanto, o progresso trouxe consigo à área da saúde em geral, uma despersonalização do atendimento aos pacientes, valor fundamental desta relação assistencial.

Não é possível negar o valor do progresso, mas é nesse instante de maior desenvolvimento científico e tecnológico que despontam problemas de ordem social, moral e econômica, capazes de golpear a consciência do observador mais insensível. É preciso uma tomada de consciência da sociedade organizada para não se chegar a níveis tão comprometedores da dignidade humana (FRANÇA, 2002).

Observa Blasco (1997) que o progresso científico deve ser assimilado convenientemente, sem que nunca se perca de vista que o objeto do atuar médico é o paciente como um todo, como pessoa. Não podemos confiar ao progresso – frio, técnico, impessoal – a tarefa de cuidar do paciente. A figura do profissional de saúde é necessária para “traduzir” em moldes humanistas a ciência impessoal, que deve ser aplicada, com prudência, a cada caso particular. É necessário servir o progresso e contribuir para a melhora da ciência, sem esquecer de dar a cada paciente o que de melhor temos e, obviamente, carinho e atenção. Um enfermo nunca é um degrau insensível para subir no conhecimento científico; pode ser, quando tratado com humanidade e respeito, um excelente colaborador.

Acrescenta o mesmo autor que é bem provável que a crescente desumanização das ciências da saúde, pela preponderância da tecnologia - que, por outro lado traz diariamente avanços louváveis -, tenha sido causa importante no embaçamento dos contornos do paciente como pessoa, com algo transcendente à pura dimensão biológica. Perdendo-se a noção de pessoa, perde-se o fundamento do atuar em prol da saúde. Restam, então, ao profissional de saúde, apenas algumas normas éticas, esparsas em códigos, para saber como atuar corretamente, ou, pelo menos, para não incorrer em faltas. Este profissional, agora, queixa-se da sua deficiência, notando que os conhecimentos científicos são insuficientes para tratar os pacientes como pessoas.

É preciso recuperar a visão humanística da área da saúde, pleonasma que nunca deveria ter existido, pois o humanismo é inato à esta profissão (BLASCO, 1997).

Para que esta visão, a da humanização, seja alcançada, têm os classe dos profissionais da área da saúde, um papel importante, o de revogar os códigos de ética, na intenção de orientar a ação desses profissionais.

O Código de Ética cria uma série de limites que não devem ser ultrapassados para que a ética, e com ela o benefício do homem, pois é isso que a ética persegue, sejam resguardados. Esses códigos são o referencial fundamentado e articulado que nos permite ir ganhando a ciência, a sabedoria, a ética (BLASCO, 1997).

A sociedade de hoje pede um Código de Ética sensível às necessidades de conciliar seus fundamentos com a prática profissional digna, em favor do ser humano e da coletividade, face ao desenvolvimento técnico vertiginoso da área da saúde (FRANÇA, 2002).

Os próprios profissionais de saúde, e mais especificamente, os cirurgiões-dentistas, sentiram este pedido da sociedade, e neste último Código de Ética, elaborado por representantes de toda a classe, demonstraram uma preocupação com o respeito ao paciente e à sua dignidade, com o zelo à sua saúde do mesmo e da coletividade.

Como escreve Martin (2002) essa tendência parece assumir uma postura mais acolhedora da realidade, buscando uma ética aberta aos desafios da sociedade. A saúde é vista como o bem-estar global da pessoa e a ética como elemento constitutivo da luta para conquistar esse bem-estar, que de acordo com João Paulo II (2005) deve considerar as dimensões corpórea, psicológica, espiritual e moral.

Esta última dimensão, a moral, não pode ser descuidada, segundo o Papa João Paulo II. Cada pessoa tem uma responsabilidade a respeito da própria saúde e daquela de quem ainda não alcançou a maturidade ou já não tem a capacidade de administrar a sua própria saúde. A circunstancia em que se encontra a pessoa doente, não é um problema só dela ou de seus parentes próximos a quem caberia, então, “autonomamente” decidir pela vida ou pela morte.

O atual Código de Ética Odontológica, a Resolução CFO - 42/2003 incorporou esta tendência, a humanização, considerando a dignidade dos atores da relação assistencial. Fator observado durante a redação da hermenêutica desta normativa, que esclarece os aspectos considerados humanísticos.

O atual código da odontologia, assim como escreve França (2002) sobre o Código de Ética Médica vigente, fundamenta a relação profissional da saúde paciente, deixando transparecer o respeito pela cidadania, e manifesta a vontade de contribuir para a transformação social. Procurou-se descaracterizar o indivíduo como doente, e até cliente, para reconhecer sua condição de ser humano, preocupando-se com a pessoa, antes mesmo que ela se transforme em paciente, pois a odontologia se exerce “em benefício da saúde e da coletividade”.

A relação profissional-paciente deixa de ser envolta em uma área de unilateralidade, aproximando humanisticamente os dois pólos, favorecendo um estreitamento dessa relação não como um ato de poder, mas como um ato mútuo de confiança e respeito (TIMI, 2003).

Percebe-se, entretanto, que este Código poderia ter uma maior objetividade, com uma ênfase aumentada no conceito de pessoa humana, já que se trata de atender pacientes.

Esta Resolução enfatiza a não mercantilização da profissão odontológica, fato evidente quando dispõe em seu artigo 2º que deve ser, a odontologia, exercida em benefício do ser humano e da coletividade. No entanto, o Código se torna repetitivo quando, por exemplo, por inúmeras vezes limita condições de propaganda e publicidade, capítulo que mais sofreu alterações em relação à sua última versão.

Não que este capítulo não seja importante, afinal, muitos odontólogos abusam de publicidade e anúncios, em detrimento de lucro, objetivo desviado do foco de ação da profissão. No entanto, se o Código se preocupasse ainda mais, com conceitos como dignidade e pessoa humana, talvez pudesse se tornar mais conciso e claro em relação a conceitos voltados à humanização.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O advento das primeiras faculdades de odontologia no Brasil, aliado à criação do Conselho Federal de Odontologia, e conseqüentemente à redação dos Códigos de Ética Odontológica, elevou esta área ao patamar das ciências da saúde, responsável por aliviar dor, e promover saúde bucal, e ainda, geral às pessoas.

Assim, os “clientes” passaram a ser pacientes, merecedores de atendimento humanizado para o apaziguamento de seu sofrimento.

A humanização deve ser um processo de aprendizado contínuo dentro da prática clínica dos profissionais da saúde.

Num relacionamento, as partes envolvidas devem se comportar da maneira que gostariam de ser tratadas. Este fato não poderia ser diferente no relacionamento profissional-paciente. Deve-se perceber o paciente em sua totalidade, e, como profissional, fazer por ele o mesmo que faria, por exemplo, pela sua família.

Conversar com o paciente, manter-se atualizado, manter o ambiente de trabalho passível de atendimento, com materiais adequados e utilizando técnicas cientificamente comprovadas, manter o sigilo e o respeito ao paciente e dentro da equipe de saúde. Preceitos contidos no Código de Ética Odontológica, que visam a promoção da humanização das relações assistenciais, seja a com a equipe de saúde, seja a com o paciente.

Percebe-se, portanto, que este instrumento, meio que o Conselho Federal de Odontologia possui para supervisionar a conduta ética dos profissionais desta área, procura humanizar o atendimento como um todo.

É gratificante perceber que a sociedade de hoje, carente de carinho e de cuidados, ainda pede ajuda aos profissionais da área da saúde, principalmente

quando essas pessoas se encontram vulnerabilizadas através de seu sofrimento. Ou seja, ainda há confiança. E o que é também valoroso, é a percepção de muitos destes profissionais, que se voltam para o ser humano, apesar das pressões de todo o progresso técnico-científico, que não deve ser posto de lado, mas considerado aliado à ênfase na pessoa, na temática da promoção da humanização das relações assistenciais.

REFERÊNCIAS¹

Alves EGR. Relacionamento cirurgião-dentista e paciente. *Odontol Soc* 2000;2(1-2):6-7.

Baraúna T. Humanizar a ação para humanizar o ato de cuidar. *O Mundo Saúde* 2003; 27(2):304-06.

Bellino F. Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Trad. de Nelson Souza Canabarro. Bauru: EDUSC; 1997.

Blasco PG. O médico de família, hoje. São Paulo: SOBRAMFA; 1997.

Botazzo, C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec, FAPESP; 2000.

Brasil. Lei nº 5081, de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da odontologia. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/lei4324.pdf>. [2005 Abr. 03].

Brasil. Lei nº 4324 de 14 de abril de 1964. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/lei5081.pdf>. [2005 Abr. 03].

Caboclo JLF. Ética e tecnologia. In: Melo, LAV. Desafios éticos. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1993. p.256-60.

Calvielli, ITP. A reforma do código de ética odontológica e outras considerações. *Odontol – USF* 1991;9(1-2):21-36.

¹ De acordo com estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Caprara A; Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública 1999; 15(3):647-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023&lng=pt&nrm=iso>. [2004 Set. 08].

Carrasco IP. La comunicazione medico-paziente: elementi per una fondazione ética. Med Morale 2002; (4):609-16.

Carvalho ACP. O ensino e as faculdades de odontologia. In: Rosenthal, E. A odontologia no Brasil no século XX. São Paulo: Editora Santos; 2001.

Conselho Federal de Odontologia. Dados do CFO – Faculdades por estado. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/default01.cfm> [2005 Abr. 10].

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-179/91, de 19.12.91, alterada pelo Regulamento 1, de 05.06.98: Revoga o código de ética odontológica aprovado pela Resolução CFO-151, de 16 de julho de 1983 e aprova outro em substituição. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia; 1991.

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-42/2003, de 20.05.03: Código de ética odontológica. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia. Disponível em: www.cro-rj.org.br [2004 Mar. 10] .

De Plácido; Silva A. Vocabulário jurídico. 18^a ed. Rio de Janeiro: Forense; 2001.

Faiman CS, Danesi D, Rios IC, Zaher VL. Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais da saúde. O Mundo Saúde 2003;27(2):254 – 57.

Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. p.724.

Figlioli, MD. A prática odontológica da pré-história até o final do século XX. In: Rosenthal E. A odontologia no Brasil no século XX. São Paulo: Editora Santos; 2001.

França BHS. Responsabilidade civil do profissional de saúde. In: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. cap. 23, p. 198 - 204.

França GV. Comentários ao código de ética médica. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

França GV. Deontologia médica e bioética. In: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. cap. 9, p. 65-69.

Freitas CBD. Ética médica. Bioética 2002;10(2):165 – 66.

Gomes JCM. Bases éticas do relacionamento médico-paciente. In: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. cap. 20, p. 177-89.

Guanais O, Marques R. Ética médica. Bioética 2002;10(2):161 – 64.

Ismael JC. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz; 2002.

João Paulo II. Mensagem aos participantes no congresso promovido pela pontifícia academia para a vida. Vaticano [2005 Fev. 19]. Disponível em: www.vatican.va/holly_father/john_paul_ii/letters/2005/documents/hf_ip.ii_let_200502_19_pont-acad-life_po.html [2005 Abr. 02].

Lepargneur H. Procurando fundamentação para a humanização hospitalar. O Mundo Saúde 2003;27(2):219 – 30.

Lima GB. Consentimento informado do paciente para o tratamento de saúde. In: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. cap. 25, p. 219-35.

Martin LM. Saúde e bioética: a arte de acolher e conquistar o bem-estar. O Mundo Saúde; 1996; 20(10):368-73.

Martin LM. Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica – ciência, lucro e compaixão em conflito. São Paulo: Loyola; 2002.

Martin LM. A ética e a humanização hospitalar. *O Mundo Saúde* 2003; 27(2):206-17.

Martins MCFN. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. *Bioética* 1996;4(1):7-16.

Nogueira-Martins MCF. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Oliveira MLL. Responsabilidade civil odontológica. Belo Horizonte: Del Rey; 2000.

Paccini, R. Bioética personalista aplicada à clínica. In: Urban CA. *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. cap. 8, p. 55-62.

Pessini L, Barchifontaine CP. Progresso tecnocientífico, medicina e humanização. In: *Problemas atuais de bioética*. 6ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.

Pessini L, Pereira LL, Zaher VL, Silva MJP. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. *O Mundo Saúde*. 2003; 27(2):203-05.

Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.

Pussi FD. O médico na moderna sociedade do século XXI. *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná* 2003;20(80):179-97.

Ramos DLP. Alguns comentários sobre ética profissional odontológica. In: Silva M. Compêndio de odontologia legal. São Paulo: Medsi; 1997. cap. 4, p. 51 – 8.

Ramos DLP. Ética odontológica: o código de ética odontológica (Resolução CFO – 179/91) comentado. São Paulo: Editora Santos; 1994.

Ramos DLP. Fundamentos e princípios da bioética. Notandum 2002;V(9). Disponível em: www.hottopos.com/notand9/dalton.htm. [2004 Mar. 10].

Ramos DPL. Perspectivas bioéticas na atenção à saúde bucal. In: Fortes PAC, Zoboli ELC. Bioética e saúde pública. São Paulo: Loyola; 2003. p.161-7.

Ramos DLP; Lucato MC. A bioética e a humanização das relações assistenciais. Implant News 2004;1(6):508-9.

Rattner D. Por que humanização? Boletim do Instituto da Saúde: Humanização da Saúde 2003;(30): 4-5.

Remen RN. O paciente como ser humano. 3ª ed. Trad. de Denise Bolanho. São Paulo: Summus; 1993.

Ring, ME. História da odontologia. Trad. de Fernando Gomes do Nascimento. São Paulo: Editora Manole; 1998.

Rios IC. Humanização na área da saúde. Boletim do Instituto da Saúde: Humanização da saúde 2003;(30): 6-7.

Rosenthal E. A Odontologia no Brasil no século XX. São Paulo: Editora Santos; 2001.

Segre M. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. In: Segre M, Cohen C. Bioética. 3ª ed. São Paulo: Edusp; 2002.

Selli L. reflexões sobre o atendimento profissional humanizado. *O Mundo Saúde* 2003;27(2):248- 53.

Sgreccia E. Manual de bioética: aspectos médico-sociais. Trad. de Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola; 1997. v.2.

Sgreccia E. Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica. 2ª ed. Trad. de Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola; 2002. v.1.

Sgreccia E. Manuale di bioetica: fondamenti ed etica biomedica. 3ª ed. Milano: Vita e Pensiero; 2003. v.1.

Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética* 2002;10(2):73-88.

Siqueira JE. A arte perdida de cuidar. *Bioética* 2002;10(2):89-106.

Toledo Filho PG. Pensando a relação médico-paciente: uma proposta para humanização. *O Mundo Saúde* 2003;27(2):307-313.

Timi, JRR. Direitos do paciente. In:Urban CA. *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. cap. 24, p. 205-18.

Urban CA. Introdução à Bioética. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. cap. 1, p.3-10.

Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 2001.

ANEXO – CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

Aprovado pela Resolução do CFO Nº42/2003, de 20 de maio de 2003.
O texto baseou-se no Relatório Final da III CONEO, realizada em Florianópolis (SC), pelo Conselho Federal e Conselhos Regionais de Odontologia em 2002.

RESOLUÇÃO CFO-42/2003

Revoga o Código de Ética Odontológica
aprovado pela Resolução-179/91 e
aprova outro em substituição.

O Presidente do Conselho Federal de Odontologia, no exercício de suas atribuições regimentais, cumprindo deliberação do Plenário, em reunião realizada no dia 16 de maio de 2003, considerando o Relatório Final da III Conferência Nacional de Ética Odontológica – III CONEO, realizada em Florianópolis (SC), pelo Conselho Federal e Conselhos Regionais de Odontologia, em 14 de dezembro de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º. Fica revogado o Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO-179, de 19 de dezembro de 1991.

Art. 2º. Fica aprovado o Código de Ética Odontológica, que com este se publica.

Art. 3º. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação na Imprensa Oficial.
Rio de Janeiro, 20 de maio de 2003.

MARCO LUIS MACEDO SANATANA, CD
SECRETÁRIO-GERAL

MIGUEL ÁLVARO SANTIAGO NOBRE, CD
PRESIDENTE

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º. O Código de Ética Odontológica regula os direitos e deveres dos profissionais, das entidades e das operadoras de planos de saúde, com inscrição nos Conselhos de Odontologia, segundo suas atribuições específicas.

Parágrafo único. As normas éticas deste Código devem ser seguidas pelos cirurgiões-dentistas, pelos profissionais de outras categorias auxiliares reconhecidas pelo CFO, independentemente da função ou cargo que ocupem, bem como pelas pessoas jurídicas.

Art. 2º. A Odontologia é uma profissão que se exerce, em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto.

CAPÍTULO II DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Art. 3º. Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas:

I - diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da ciência e sua dignidade profissional;

II - resguardar o segredo profissional;

III - contratar serviços profissionais de acordo com os preceitos deste Código;

IV - recusar-se a exercer a profissão em âmbito público ou privado onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres;

V - direito de renunciar ao atendimento do paciente, durante o tratamento, quando da constatação de fatos que, a critério do profissional, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional. Nestes casos tem o profissional o dever de comunicar previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade do tratamento e fornecendo todas as informações necessárias ao cirurgião-dentista que lhe suceder;

VI - recusar qualquer disposição estatutária ou regimental de instituição pública ou privada que limite a escolha dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício ou à livre escolha do paciente.

CAPÍTULO III DOS DEVERES FUNDAMENTAIS

Art. 4º. A fim de garantir o acatamento e cabal execução deste Código, cabe ao cirurgião-dentista e demais inscritos comunicar ao CRO, com discricção e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e caracterizem possível infringência do presente Código e das Normas que regulam o exercício da Odontologia.

Art. 5º. Constituem deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia: (antigo art. 4º)

I - zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão;

II - assegurar as condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Odontologia, quando investido em função de direção ou responsável técnico;

III - exercer a profissão mantendo comportamento digno;
(antigo inciso I)

IV - manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais, necessários ao pleno desempenho do exercício profissional;
(antigo inciso II)

V - zelar pela saúde e pela dignidade do paciente; (antigo inciso III)

- VI - guardar segredo profissional; (antigo inciso IV)
- VII - promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado; (antigo inciso V)
- VIII - elaborar e manter atualizados os prontuários de pacientes, conservando-os em arquivo próprio;
- IX - apontar falhas nos regulamentos e nas normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas para o exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes; (antigo inciso VII)
- X - propugnar pela harmonia na classe; (antigo inciso VIII)
- XI - abster-se da prática de atos que impliquem mercantilização da Odontologia ou sua má conceituação; (antigo inciso IX)
- XII - assumir responsabilidade pelos atos praticados; (antigo inciso X)
- XIII - resguardar sempre a privacidade do paciente;
- XIV - não manter vínculo com entidade, empresas ou outros desígnios que os caracterizem como empregado, credenciado ou cooperado quando as mesmas se encontrarem em situação ilegal, irregular ou inidônea;
- XV - comunicar aos Conselhos Regionais sobre atividades que caracterizem o exercício ilegal da Odontologia e que sejam de seu conhecimento;
- XVI - garantir ao paciente ou seu responsável legal, acesso a seu prontuário, sempre que for expressamente solicitado, podendo conceder cópia do documento, mediante recibo de entrega;
- XVII - registrar, os procedimentos técnico-laboratoriais efetuados, mantendo-os em arquivo próprio, quando técnico em prótese-dentária.

CAPÍTULO IV DAS AUDITORIAS E PERÍCIAS ODONTOLÓGICAS

Art. 6º. Constitui infração ética: (antigo art. 5º)

- I - deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência;
- II - intervir, quando na qualidade de perito ou auditor, nos atos de outro profissional, ou fazer qualquer apreciação na presença do examinado, reservando suas observações, sempre fundamentadas, para o relatório sigiloso e lacrado, que deve ser encaminhado a quem de direito;
- III - acumular as funções de perito/auditor e procedimentos terapêuticos odontológicos na mesma entidade prestadora de serviços odontológicos;
- IV - prestar serviços de auditoria a empresas não inscritas no CRO da jurisdição em que estiver exercendo suas atividades.

CAPÍTULO V DO RELACIONAMENTO

SEÇÃO I COM O PACIENTE

Art. 7º. Constitui infração ética:

- I - discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto;
- II - aproveitar-se de situações decorrentes da relação profissional/paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política;
- III - exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica; (antigo inciso I do art. 6º)
- IV - deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento; (antigo inciso II do art. 6º)
- V - executar ou propor tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado; (antigo inciso III do art. 6º)
- VI - abandonar paciente, salvo por motivo justificável, circunstância em que serão conciliados os honorários e indicado substituto; (antigo inciso IV)
- VII - deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro cirurgião-dentista em condições de fazê-lo; (antigo inciso V do art. 6º)
- VIII - iniciar tratamento de menores sem a autorização de seus responsáveis ou representantes legais, exceto em casos de urgência ou emergência; (antigo inciso VI do art. 6º)
- IX - desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente; (antigo inciso VII do art. 6º)
- X - adotar novas técnicas ou materiais que não tenham efetiva comprovação científica; (antigo inciso VIII do art. 6º)
- XI - fornecer atestado que não corresponda à veracidade dos fatos ou dos quais não tenha participado;
- XII - iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência.

SEÇÃO II COM A EQUIPE DE SAÚDE

Art. 8º. No relacionamento entre os membros da equipe de saúde serão mantidos o respeito, a lealdade e a colaboração técnico-científica. (antigo art. 7º)

Art. 9º. Constitui infração ética : (antigo art. 8º)

- I - desviar paciente de colega;
- II - assumir emprego ou função sucedendo o profissional demitido ou afastado em represália por atitude de defesa de movimento legítimo da categoria ou da aplicação deste Código;
- III - praticar ou permitir que se pratique concorrência desleal;
- IV - ser conivente em erros técnicos ou infrações éticas, ou com o exercício irregular ou ilegal da Odontologia;
- V - negar, injustificadamente, colaboração técnica de emergência ou serviços profissionais a colega;
- VI - criticar erro técnico-científico de colega ausente, salvo por meio de representação ao Conselho Regional;
- VII - explorar colega nas relações de emprego ou quando compartilhar honorários;

VIII - ceder consultório ou laboratório, sem a observância da legislação pertinente;

IX - utilizar-se de serviços prestados por profissionais não habilitados legalmente ou por profissionais da área odontológica, não regularmente inscritos no Conselho Regional de sua jurisdição.

CAPÍTULO VI DO SIGILO PROFISSIONAL

Art. 10. Constitui infração ética: (antigo art. 9º)

I - revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão;

II - negligenciar na orientação de seus colaboradores quanto ao sigilo profissional;

III - fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos odontológicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações legais, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável;

§ 1º. Compreende-se como justa causa, principalmente:

a) notificação compulsória de doença;

b) colaboração com a justiça nos casos previstos em lei;

c) perícia odontológica nos seus exatos limites;

d) estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos;

e) revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz.

§2º. Não constitui quebra de sigilo profissional a declinação do tratamento empreendido, na cobrança judicial de honorários profissionais.

CAPÍTULO VII DOS HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

Art. 11. Na fixação dos honorários profissionais, serão considerados: (antigo art. 10)

I - a condição sócio-econômica do paciente e da comunidade;

II - o conceito do profissional;

III - o costume do lugar;

IV - a complexidade do caso;

- V - o tempo utilizado no atendimento;
 VI - o caráter de permanência, temporariedade ou eventualidade do trabalho;
 VII - a circunstância em que tenha sido prestado o tratamento;
 VIII - a cooperação do paciente durante o tratamento;
 IX - o custo operacional.

Art. 12. Constitui infração ética: (antigo art. 11)

- I - oferecer serviços gratuitos a quem possa remunerá-los adequadamente;
 II - oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza;
 III - receber ou dar gratificação por encaminhamento de paciente;
 IV - instituir cobrança através de procedimento mercantilista;
 V - abusar da confiança do paciente submetendo-o a tratamento de custo inesperado;
 VI - receber ou cobrar honorários complementares de paciente atendido em instituições públicas;
 VII - receber ou cobrar remuneração adicional de paciente atendido sob convênio ou contrato;
 VIII - agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, paciente de instituição pública ou privada, para clínica particular.

Art. 13. O cirurgião-dentista deve evitar o aviltamento, ou submeter-se a tal situação inclusive por parte de convênios e credenciamentos, de valores dos serviços profissionais, não os fixando de forma irrisória ou inferior aos valores referenciais para procedimentos odontológicos.

CAPÍTULO VIII DAS ESPECIALIDADES

Art. 14. O exercício e o anúncio das especialidades em Odontologia obedecerão ao disposto neste capítulo e às normas do Conselho Federal. (antigo art. 12)

Art. 15. O especialista, atendendo a paciente encaminhado por cirurgião-dentista, atuará somente na área de sua especialidade. (antigo art. 13)

Parágrafo único. Após o atendimento, o paciente será, com os informes pertinentes, restituído ao cirurgião-dentista que o encaminhou.

Art. 16. É vedado intitular-se especialista sem inscrição da especialidade no Conselho Regional. (antigo art. 14)

Art. 17. Para fins de diagnóstico e tratamento o especialista poderá conferenciar com outros profissionais. (antigo art. 15)

CAPÍTULO IX DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Art. 18. Compete ao cirurgião-dentista internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições. (antigo art. 16)

Art. 19. As atividades odontológicas exercidas em hospital obedecerão às normas do Conselho Federal. (antigo art. 17)

Art. 20. Constitui infração ética, mesmo em ambiente hospitalar, executar intervenção cirúrgica fora do âmbito da Odontologia. (antigo art. 18)

CAPÍTULO X DAS ENTIDADES COM ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ODONTOLOGIA

Art. 21. Aplicam-se as disposições deste Código de Ética e as normas dos Conselhos de Odontologia a todos aqueles que exerçam a Odontologia, ainda que de forma indireta, sejam pessoas físicas ou jurídicas, clínicas, policlínicas, cooperativas, planos de assistência à saúde, convênios de qualquer forma, credenciamento, administradoras, intermediadoras, seguradoras de saúde, ou quaisquer outras entidades.

Art. 22. Os profissionais inscritos, quando proprietários, ou o responsável técnico responderão solidariamente com o infrator pelas infrações éticas cometidas. (antigo art. 20)

Art. 23. As entidades mencionadas no artigo 21 ficam obrigadas a: (antigo art. 21)

I - indicar um responsável técnico de acordo com as normas do Conselho Federal, bem como respeitar as orientações éticas fornecidas pelo mesmo;

II - manter a qualidade técnico-científica dos trabalhos

realizados;

III - propiciar ao profissional condições adequadas de instalações, recursos materiais, humanos e tecnológicos definidas pelo Conselho Federal de Odontologia, as quais garantam o seu desempenho pleno e seguro, exceto em condições de emergência ou iminente perigo de vida;

IV - manter auditorias odontológicas constantes, através de profissionais capacitados;

V - restringir-se à elaboração de planos ou programas de saúde bucal que tenham respaldo técnico, administrativo e financeiro;

VI - manter os usuários informados sobre os recursos

disponíveis para atendê-los.

Art. 24. Constitui infração ética: (antigo art. 22)

I - apregoar vantagens irreais visando a estabelecer concorrência com entidades congêneres;

II - oferecer tratamento abaixo dos padrões de qualidade recomendáveis;

III - executar e anunciar trabalho gratuito ou com desconto com finalidade de aliciamento;

IV - anunciar especialidades sem as respectivas inscrições de especialistas no Conselho Regional;

V - valer-se do poder econômico visando a estabelecer concorrência desleal com entidades congêneres ou profissionais individualmente;

- VI - deixar de manter os usuários informados sobre os recursos disponíveis para o atendimento e de responder às reclamações dos mesmos;
- VII - deixar de prestar os serviços ajustados no contrato;
- VIII - oferecer serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza;
- IX - elaborar planos de tratamento para serem executados por terceiros;
- X - prestar assistência e serviços odontológicos a empresas não inscritas nos Conselhos Regionais.

CAPÍTULO XI DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Art. 25. Ao responsável técnico cabe a fiscalização técnica e ética da empresa pela qual é responsável, devendo orientá-la, por escrito, inclusive sobre as técnicas de propaganda utilizadas.

Parágrafo único. É dever do responsável técnico primar pela fiel aplicação deste Código na entidade em que trabalha.

CAPÍTULO XII DO MAGISTÉRIO

Art. 26. No exercício do magistério, o profissional inscrito exaltar os princípios éticos e promoverá a divulgação deste Código. (antigo art. 23)

Art. 27. Constitui infração ética: (antigo art. 24)

- I - utilizar-se do paciente e/ou do aluno de forma abusiva em aula ou pesquisa;
- II - eximir-se de responsabilidade nos trabalhos executados em pacientes pelos alunos;
- III - utilizar-se da influência do cargo para aliciamento e/ou encaminhamento de pacientes para clínica particular;
- IV - participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos e tecidos humanos;
- V - utilizar-se de material didático de outrem, sem as devidas anuência e autorização.

CAPÍTULO XIII DAS ENTIDADES DA CLASSE

Art. 28. Compete às entidades da classe, através de seu presidente, fazer as comunicações pertinentes que sejam de indiscutível interesse público. (antigo art. 25)

Parágrafo único. Esta atribuição poderá ser delegada, sem prejuízo da responsabilidade solidária do titular.

Art. 29. Cabe ao presidente e ao infrator a responsabilidade pelas infrações éticas cometidas em nome da entidade. (antigo art. 26)

Art. 30. Constitui infração ética: (antigo art. 27)

- I - servir-se da entidade para promoção própria, ou obtenção de vantagens pessoais;
- II - prejudicar moral ou materialmente a entidade;
- III - usar o nome da entidade para promoção de produtos comerciais sem que os mesmos tenham sido testados e comprovada sua eficácia na forma da Lei;
- IV - desrespeitar entidade, injuriar ou difamar os seus diretores.

CAPÍTULO XIV DA COMUNICAÇÃO

Art. 31. A comunicação em Odontologia obedecerá ao disposto neste capítulo e às especificações dos Conselhos Regionais, aprovadas pelo Conselho Federal. (antigo art. 28)

§1º. É vedado aos profissionais auxiliares, como os técnicos em prótese dentária, atendente de consultório dentário, técnico em higiene dental, auxiliar de prótese dentária, bem como aos laboratórios de prótese dentária fazer anúncios, propagandas ou publicidade dirigida ao público em geral.

§ 2º. Serão permitidas propagandas em revistas, jornais ou folhetos especializados, desde que dirigidas aos cirurgiões-dentistas, e acompanhadas do nome do profissional ou do laboratório, do seu responsável técnico e do número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia.

SEÇÃO I DO ANÚNCIO, DA PROPAGANDA E DA PUBLICIDADE

Art. 32. Os anúncios, a propaganda e a publicidade poderão ser feitos através dos veículos de comunicação, obedecidos os preceitos deste Código como da veracidade, da decência, da respeitabilidade e da honestidade. (antigo art. 29)

Art. 33. Nos anúncios, placas e impressos deverão constar: (antigo art. 30)

- o nome do profissional;
- a profissão;
- o número de inscrição no Conselho Regional.

Parágrafo único. Poderão ainda constar:

- I - as especialidades nas quais o cirurgião-dentista esteja inscrito;

- II - os títulos de formação acadêmica *stricto sensu* e do magistério relativos à profissão;
- III - endereço, telefone, fax, endereço eletrônico, horário de trabalho, convênios, credenciamentos e atendimento domiciliar;
- IV - logomarca e/ou logotipo;
- V - a expressão "**CLÍNICO GERAL**", pelos profissionais que exerçam atividades pertinentes à Odontologia decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso de graduação ou em cursos de pós-graduação.

Art. 34. Constitui infração ética: (antigo art. 31)

- I - anunciar preços e modalidade de pagamento;
- II - anunciar títulos que não possua;
- III - anunciar técnicas de tratamento, equipamentos e instalações;
- IV - criticar técnicas utilizadas por outros profissionais como sendo inadequadas ou ultrapassadas;
- V - dar consulta, diagnóstico ou prescrição de tratamento por meio de qualquer veículo de comunicação de massa, bem como permitir que sua participação na divulgação de assuntos odontológicos deixe de ter caráter exclusivo de esclarecimento e educação da coletividade;
- VI - divulgar nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o paciente, a não ser com seu consentimento livre e esclarecido, ou de seu responsável legal;
- VII - aliciar pacientes;
- VIII - induzir a opinião pública a acreditar que exista reserva de atuação clínica para determinados procedimentos;
- IX - anunciar especialidade odontológica não regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia;
- X - divulgar ou permitir que sejam divulgadas publicamente observações desabonadoras sobre a atuação clínica ou qualquer manifestação relativa à atuação de outro profissional;
- XI - oferecer trabalho gratuito com intenção de autopromoção ou promover campanhas políticas oferecendo trocas de favores.

Art. 35. Caracteriza infração ética se beneficiar de propaganda irregular ou em desacordo com o previsto neste capítulo, ainda que aquele sujeito às Normas deste Código de Ética não tenha sido responsável direto pela veiculação da publicidade.

Art. 36. Aplicam-se, também, as normas deste Capítulo a todos aqueles que exerçam a Odontologia, ainda que de forma indireta, sejam pessoas físicas ou jurídicas, clínicas, policlínicas, cooperativas, planos de assistência à saúde, convênios de qualquer forma, credenciamentos, administradoras, intermediadoras, seguradoras de saúde, ou quaisquer outras entidades.

SEÇÃO II DA ENTREVISTA

Art. 37. O profissional inscrito pode utilizar-se de veículos de comunicação para conceder entrevistas ou divulgar palestras públicas sobre assuntos odontológicos de sua atribuição, com finalidade educativa e interesse social. (antigo art. 33)

SEÇÃO III

DA PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA

Art. 38. Constitui infração ética: (antigo art. 34)

- I - aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome na co-autoria de obra científica;
- II - apresentar como sua, no todo ou em parte, obra científica de outrem, ainda que não publicada;
- III - publicar, sem autorização, elemento que identifique o paciente;
- IV - utilizar-se, sem referência ao autor ou sem sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões coletadas em partes publicadas ou não de sua obra;
- V - divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente;
- VI - falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação.

CAPÍTULO XV DA PESQUISA CIENTÍFICA

Art. 39. Constitui infração ética: (antigo art. 35)

- I - desatender às normas do órgão competente e à legislação sobre pesquisa em saúde;
- II - utilizar-se de animais de experimentação sem objetivos claros e honestos de enriquecer os horizontes do conhecimento odontológico e, conseqüentemente, de ampliar os benefícios à sociedade;
- III - desrespeitar as limitações legais da profissão nos casos de experiência *in anima nobili*;
- IV - infringir a legislação que regula a utilização do cadáver para estudo e/ou exercícios de técnicas cirúrgicas;
- V - infringir a legislação que regula os transplantes de órgãos e tecidos *post-mortem* e do "próprio corpo vivo";
- VI - realizar pesquisa em ser humano sem que este ou seu responsável, ou representante legal, tenha dado consentimento, livre e esclarecido, por escrito, sobre a natureza das conseqüências da pesquisa;
- VII - usar, experimentalmente, sem autorização da autoridade competente, e sem o conhecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no país;
- VIII - manipular dados da pesquisa em benefício próprio ou de empresas e/ou instituições.

CAPÍTULO XVI DAS PENAS E SUAS APLICAÇÕES

Art. 40. Os preceitos deste Código são de observância obrigatória e sua violação sujeitará o infrator e quem, de qualquer modo, com ele concorrer para a infração, ainda que de forma omissa, às seguintes penas previstas no artigo 18 da Lei n.º 4.324, de 14 de abril de 1964: (antigo art. 36)

- I - advertência confidencial, em aviso reservado;
- II - censura confidencial, em aviso reservado;
- III - censura pública, em publicação oficial;
- IV - suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;
- V - cassação do exercício profissional *ad referendum* do

Conselho Federal.

Art. 41. Salvo nos casos de manifesta gravidade e que exijam aplicação imediata de penalidade mais grave, a imposição das penas obedecerá à gradação do artigo anterior. (antigo art. 37)

Parágrafo único. Avalia-se a gravidade pela extensão do dano e por suas conseqüências.

Art. 42. Considera-se de manifesta gravidade, principalmente: (antigo art. 38)

- I - imputar a alguém conduta antiética de que o saiba inocente, dando causa a instauração de processo ético;
- II - acobertar ou ensejar o exercício ilegal ou irregular da profissão;
- III - exercer, após ter sido alertado, atividade odontológica em entidade ilegal, inidônea ou irregular;
- IV - ocupar cargo cujo profissional dele tenha sido afastado por motivo de movimento classista;
- V - exercer ato privativo de cirurgião-dentista, sem estar para isso legalmente habilitado;
- VI - manter atividade profissional durante a vigência de penalidade suspensiva;
- VII - praticar ou ensejar atividade indigna.

Art. 43. A alegação de ignorância ou a má compreensão dos preceitos deste Código não exime de penalidade o infrator. (antigo art. 39)

Art. 44. São circunstâncias que podem atenuar a pena: (antigo art. 40)

- I - não ter sido antes condenado por infração ética;
- II - ter reparado ou minorado o dano.

Art. 45. Além das penas disciplinares previstas, também poderá ser aplicada pena pecuniária a ser fixada pelo Conselho Regional, arbitrada entre 1 (uma) e 25 (vinte e cinco) vezes o valor da anuidade.

Parágrafo único. Em caso de reincidência, a pena de multa será aplicada em dobro.

CAPÍTULO XVII DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 46. O profissional condenado por infração ética a pena prevista no artigo 40 deste Código, poderá ser objeto de reabilitação, na forma prevista no Código de Processo Ético Odontológico. (antigo art. 42)

Art. 47. As alterações deste Código são da competência exclusiva do Conselho Federal, ouvidos os Conselhos Regionais.

Art. 48. Este Código entrará em vigor, na data de sua publicação no Diário Oficial. .