

A bioética odontológica contemporânea - Ampliando concepções deontológicas

Antônio Sérgio Netto Valladão¹

Láís Krejci Graciosa²

Monique Ferreira e Silva³

Patricia Valeria Bastos Faria Pecoraro⁴

Resumo

A bioética, desde o seu surgimento, foi reforçada com o intuito de regular a atuação da pesquisa em seres humanos e, evoluindo ao longo dos anos, vem enveredando por conceitos e áreas cada vez mais amplas. A ciência, em geral, mostra-se associada a aspectos culturais, políticos e econômicos. Na ciência odontológica contemporânea não é diferente. Como resultado, problemas éticos podem surgir tanto na graduação, como na pós-graduação e na clínica odontológica. Visivelmente, tais problemas não são indissociáveis, mas podem se entrelaçar e se sobrepor, mostrando a importância da difusão da bioética para a comunidade e a universidade. Os autores mostram uma compilação de informações referentes à bioética e sugerem que ela amplia e revalida concepções deontológicas, favorecendo o exercício mais humano das diversas formas do saber odontológico.

Palavras-chave: Bioética. Odontologia. Deontologia. Ética odontológica.

¹ Mestre em Ciências Morfológicas – ICB – UFRJ; Especialista em Prótese Dentária – FOB – USP; Pós-graduado em Implantodontia – ABORJ; Graduado pela Faculdade de Odontologia de Valença – CESVA/FAA; Professor das disciplinas de Odontogeriatría e Biología Celular – FOV/CESVA/FAA; Professor responsável pelos projetos de Extensão Universitária – FOV/CESVA/FAA; Email para contato: valladao@scienceness.com

² Graduada pela Faculdade de Odontologia de Valença/CESVA/FAA; Especialista em Radiologia – USP/São Paulo; Especialista em Ortodontia – FOV/CESVA/FAA; Mestranda em Radiologia – São Leopoldo Mandic/Campinas; Professora de Imaginologia Odontológica – FOV/CESVA/FAA; Professora responsável pelos projetos de Extensão Universitária – FOV/CESVA/FAA.

³ Mestranda em Epidemiologia – IMS/UERJ; Especialista em Odontopediatria – UNIGRANRIO; Graduada pela Faculdade de Odontologia de Valença – CESVA/FAA; Professora das disciplinas de Odontopediatria; Clínica Integrada da Criança e do Adolescente; Clínica Integrada de Pacientes em Necessidades Especiais e Dentística I – FOV/CESVA/FAA; Professora responsável pela extensão universitária no ambulatório de Odontopediatria – FOV/CESVA/FAA.

⁴ Graduada pela Faculdade de Odontologia de Valença/CESVA/FAA; Especialista em Odontopediatria – São Leopoldo Mandic/Campinas; Especialista em Pacientes em Necessidades Especiais/CFO; Pós-graduada em Metodologia do Ensino Superior/CESVA/FAA; Mestre em Odontologia – UNITAU/São Paulo; Professora de Clínica Integrada da Criança e do Adolescente; Dentística; Clínica Integrada de Pacientes em Necessidades Especiais; Materiais Dentários – FOV/CESVA/FAA; Diretora da Faculdade de Odontologia de Valença/CESVA/FAA.

Abstract

Since the inception, the Bioethics has been strengthened with the aim to regulate the activity of research in humans and, evolving over the years, has been embarking on concepts and increasingly large areas. Science in general, is shown associated with the cultural, political and economic. In contemporary dental science is not different. As a result, ethical problems may arise in both the graduate and post-graduate courses and at the dental clinic. Clearly, such problems are not inseparable, but they can interlace and overlap, showing the bioethics dissemination importance to the community and university. The authors show a compilation of information relating to bioethics and suggest that it expands and revalidates ethical concepts, favoring more humane exercise of several dental knowledge ways.

Keywords: Bioethics. Dentistry. Deontology. Dental ethics.

Introdução

Na literatura, existem registros que o termo “Bioética” (grego: *bios*, vida + *ethos*, relativo à ética), foi criado por Fritz Jahr, em 1927, denominando o estudo transdisciplinar entre Biologia, Medicina, Filosofia (Ética) e Direito (Biodireito) que investiga as condições necessárias para uma administração responsável da vida humana, animal e ambiental, propondo uma bioética com bases racionais diferenciadas e enraizadas na tradição clássica e nos filósofos analíticos do século XX (Sass, 2007; Diniz & Guilherme, 2002). Em 1949, com o advento da primeira declaração mundial, denominada Código de Nuremberg, que teceu informações com o intuito de auxiliar no julgamento de profissionais de saúde nazistas, envolvidos nos chamados “crimes contra a humanidade”, cometidos em pesquisas médicas realizadas com prisioneiros de guerra, conduzidas nos campos de concentração, estabeleceu princípios éticos mínimos que deveriam ser seguidos quando de pesquisas com seres humanos. O Código de Nuremberg enfatizava que o consentimento voluntário do homem é absolutamente essencial quando da participação em ensaios clínicos, afirmando a necessidade de estudos prévios em animais, a análise de benefícios e riscos, a liberdade do participante de se retirar no decorrer do experimento e a não indução à participação (Nuremberg Code, 1949; Beauchamp & Childress, 2002; Emanuel et al., 2004; Hosne, 2003; Zoboli, 2003). Simultaneamente, as diretrizes filosóficas da bioética começaram a consolidar-se, criando um controle do progresso técnico, o qual deveria acompanhar a consciência da humanidade a respeito dos seus efeitos no mundo e na sociedade, evitando a exposição de novas descobertas e suas aplicações a interesses obscuros ou maléficos, enfatizando que a ciência não é mais importante que o homem (Kottow, 1995). Alguns anos após, em 1964, a Declaração de Helsínki foi aprovada pela Associação Médica Mundial, visando difundir os princípios básicos para a investigação científica com seres humanos e abordando a necessidade do consentimento dos indivíduos envolvidos, após serem adequadamente informados e esclarecidos, através de um documento denominado “Consentimento pós-informação” (Declaration of Helsínki, 1964).

Na década de 70, o desenvolvimento tecnológico transferiu a discussão, unindo os fatos explicáveis pela ciência e os valores estudáveis pela ética. Desta forma, temas envolvendo a biossegurança, a biotecnologia, a intervenção genética em seres humanos,

aborto e eutanásia, por exemplo, requisitaram novas abordagens e respostas por parte de uma ciência multidisciplinar, dinâmica e em busca da transdisciplinaridade (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Bio%C3%A9tica>). A partir de 1978, no Brasil, iniciou-se o interesse a respeito da utilização do “Consentimento Informado”, nas pesquisas envolvendo seres humanos, registrando-se a publicação de uma Resolução Normativa pela Câmara Técnica de Medicamentos do Conselho Nacional de Saúde, referindo-se a aspectos éticos da experimentação terapêutica, postulando que estas deveriam estar de acordo com a Declaração de Helsinki e afirmando que cabia ao pesquisador decidir se o consentimento dos pacientes deveria ser obtido verbalmente ou por escrito (Brasil, 1978). Poucos anos depois, em 1981, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com o Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas, publicaram um documento intitulado “Proposta de Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos” (Emanuel et al., 2004; Hosne, 2003). Em 1988, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) definiu “Consentimento Informado” como uma concordância por escrito, pela qual o sujeito da pesquisa (ou seu representante legal) aceita participar do estudo, totalmente informado sobre os procedimentos e riscos, com total independência para concordar ou não em participar, livre de qualquer forma de coerção (Brasil, 1988). O CNS, após realizar a revisão das normas éticas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução nº 1/88, publicou um documento detalhado e abrangente, a “Resolução 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (Brasil, 1996). Em 1999, na reunião da Associação Médica Mundial, representantes de países latino-americanos, Espanha e Portugal assinaram a Declaração de Tel Aviv, um documento no qual se comprometem mutuamente a buscar saídas e alternativas éticas para os problemas semelhantes que enfrentam no campo da saúde (Associação Médica Mundial, 1999).

Em 2005, a UNESCO (United Nations for Educational, Scientific and Cultural Organizations) associou bioética e direitos humanos, publicando uma declaração universal, recomendando a ampliação da bioética a todos os níveis educacionais (Unesco, 2005). Isto motivou a reestruturação curricular no padrão do ensino brasileiro, para que sejam implementadas as propostas apresentadas pela Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, devendo considerar os aspectos filosóficos, científicos, tecnológicos, sociológicos e políticos da atualidade (Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB. Diário Oficial da União 1996; 23 dez.). Com esta declaração, a bioética confirmou sua inserção no contexto internacional como referência teórica e ampliou seu campo de influência, abrangendo, praticamente, todas as áreas acadêmicas. Atuando de forma diversificada nas atividades relacionadas, leva, ainda, à análise e discussão dos dilemas morais, principalmente daqueles que apresentam o seu espectro com um espalhamento amplo.

Hoje, a bioética pode ser considerada uma associação do saber, da expertise e da deontologia, ou seja, dos aspectos normativos, tratando-se de uma prática racional e específica que propõe uma integração dinâmica entre estas num contexto particular relacionado com o prefixo “bio”. Assim, a bioética constitui-se numa prática de segunda

ordem que atua sobre práticas de primeira ordem, mantendo contato direto com as determinações concretas da ação no âmbito das bases biológicas da existência humana (Ladrière, 2000). Pode ainda ser considerada o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas, das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar (Reich, 1995).

Desta forma, percebe-se que a bioética contemporânea, atrelada a um contexto amplo, deve acompanhar a dinâmica evolutiva e das necessidades populacionais e científicas globais, sempre preservando o indivíduo. A bioética na Odontologia deve acompanhar os pressupostos para as ciências médicas, interconectando áreas, apresentando-se também dependente daquele dinamismo e compartilhando características e conceitos tanto bioéticos como deontológicos.

A bioética como disciplina

A rigor, a bioética pode não ser considerada uma disciplina, nem uma ciência, nem uma nova ética, pois sua prática e seu discurso se situam na intersecção entre várias tecnociências. A complexidade da bioética relaciona-se com o fato desta apresentar-se na encruzilhada entre um grande número de disciplinas, em um espaço de encontro, mais ou menos conflitivo, de ideologias morais, religiosas e filosóficas, localizando-se em uma região de importantes embates para uma multidão de grupos de interesses e de poderes constitutivos da sociedade civil (HOTTOIS, 2001). No entanto, um dos marcos referenciais do surgimento desta disciplina remonta à publicação do livro *Bioethics: a bridge to the future* (*Bioética: uma ponte para o futuro*), em 1971, que alertava sobre a fragilidade dos ecossistemas e a precariedade da vida humana (POTTER, 1971). Antes, porém, Henry Beecker havia publicado o artigo *Ethics and Clinical Research*, que foi de fundamental importância para a aproximação da pesquisa clínica com a medicina e com a ética (BEECHER, 1966). Rapidamente, os pesquisadores do Instituto Kennedy passaram a fazer uso da palavra bioética para tratar de reflexões de cunho ético no campo biomédico, quanto aos dilemas que envolvem o nascimento, o transcurso e a morte dos seres humanos, com o refinamento tecnocientífico no campo biomédico e em outras áreas como, por exemplo, a engenharia genética; a biologia molecular, que está relacionada ao mapeamento do genoma humano; a manipulação genética sob as perspectivas e promessas da tecnologia de clonagem; as terapias envolvendo o uso de células-tronco; os transplantes de órgãos e tecidos; a saúde reprodutiva, quanto à justa alocação de recursos (ALEKSANDROWICZ & SCHRAMM, 2007; RIBEIRO & SCHRAMM, 2006). Neste contexto, surgiu a disciplina de bioética caracterizada como o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo visão moral, decisões, condutas e políticas relacionadas às ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar (COSTA et al., 1998; REICH, 1995).

Na literatura, encontram-se menções ao modelo de ensino vigente como herdeiro do relatório Flexner, proposto em 1910, cujas bases abrigam o biologicismo, o tecnicismo, o individualismo, a fragmentação e a atuação curativa, sem reconhecer e aplicar práticas alternativas, que integrem o processo saúde-doença. Acompanhando tal modelo, sugere-se que o conhecimento resultante é fragmentado e técnico, centrado no atendimento clínico e curativo, privilegiando percepções específicas nas diferentes

áreas do saber médico e desconsiderando a inseparabilidade entre as partes e o todo do ser humano (MOYSÉS, 2003; CAMARGO, 1996; SIQUEIRA, 2000; SIQUEIRA, 2002; PORTILLO, 1998; CREUTZBERG et al., 2005). Esta formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, que conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levariam à formação de especialistas, dificultando o trato com as totalidades ou com realidades complexas. Os profissionais formados seriam centrados na assistência individual, realizada com exclusividade por um sujeito individual, o cirurgião-dentista, restrito ao ambiente clínico, que domina diversos tipos de tecnologias, mas torna-se cada vez mais incapaz de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas, influenciando no desenvolvimento da ciência e da tecnologia odontológica (CECCIM, 2004; FRAZÃO, 1998). A formação ética do profissional não possibilita reflexões críticas de suas práticas e é reforçada, também, por aquelas formas fragmentadas de conhecimento, com ênfase no tecnicismo, no aprendizado das técnicas cirúrgico-restauradoras que tomam como objeto os dentes, distanciando-se da compreensão mais ampliada do processo saúde-doença (AMORIM & SOUZA, 2010).

Nos dias atuais, o profissional da área odontológica deve possuir e praticar conhecimentos sobre a ética profissional e a bioética. O enfoque deontológico no ensino da ética, durante a formação profissional, deve suplantar a insuficiência do conhecimento dos deveres e direitos profissionais, ampliando a visão dos problemas existentes. O acesso a estas áreas do conhecimento pode contribuir para a redução do grande número de atitudes contrárias às leis da bioética, tomadas por cirurgiões-dentistas, assim como refletir na diminuição do número de ações judiciais que envolvem estes profissionais. Esse quadro pode estar relacionado ao desinteresse do profissional enquanto graduando e também no papel de egresso, assim como das universidades que não abordam o tema com a devida significância nos cursos dessa área (AMORIM & SOUZA, 2010; GONÇALVES & VERDI, 2007). As Faculdades de Odontologia latino-americanas, incluindo as do Brasil, vêm sendo sistematicamente criticadas pela inadequação de suas estruturas curriculares, desconsiderando, na maioria das vezes, a produção histórica de saberes e práticas de saúde, sendo constatadas deficiências em relação às necessidades epidemiológicas, econômicas e sociais do país, faltando diretrizes consolidadas que exprimem lacunas na formação dos pesquisadores no campo da saúde e desfavorecendo a construção global do conhecimento (PAULA & BEZERRA, 2003; AIRES et al., 2006; GRISARD, 2002; AMORIM, 2002; MORIN, 2002.). O conceito de ética no cotidiano do ensino odontológico precisa também ser ampliado de uma ética profissional, codificada em obrigações e direitos, para uma ética do gênero humano, visando aprender um saber-ser e não somente um saber-fazer (MORIN, 2002). Esta formação ética do profissional de saúde deve ser iniciada no ciclo básico do curso de nível superior, enfatizando a análise dos problemas e casos práticos que poderão acontecer na realidade concreta da vida profissional de futuros dentistas (GOMES, 1996a).

Segundo a Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), é preciso ver a totalidade e a unicidade da prática odontológica, para que seja formado um profissional generalista, com boa formação técnico-científica, humanística e ética, orientado para a leitura crítica da realidade e estimulado e capaz de fazer promoção de saúde. Este modelo de ensino deve considerar e trabalhar simultânea e igualmente nas atividades cognitivas (teóricas), no domínio das habilidades psicomotoras (práticas) e nas habilidades afetivas (de atitudes) (ESTRELA, 2001).

O mercado, por outro lado, tem influenciado a ênfase em programas que incorporam tecnologias “duras”, ou seja, em modelos de práticas estruturadas a partir de aparato tecnológico de densidade e custo elevados e de difícil acesso para o usuário. Este modelo requer profissionais cada vez mais especializados e pouco qualificados para perceber e atuar em dimensões mais amplas do processo saúde-doença (PINTO, 2000). O cuidado com o ser humano é negligenciado ao invés de ser o centro das ações. A escola, além de educar para a inteligência e a razão, deveria também educar para a cidadania e a emoção. Da mesma forma que o aluno precisa ser preparado para realizar as técnicas, também deve ser preparado para lidar com pessoas, levando em consideração os seus sentimentos (CREUTZBERG et al., 2005).

A incorporação de processos educativos na área da saúde, visando redefinir as práticas profissionais de acordo com as necessidades odontológicas populacionais, considerando a humanização, o cuidado, o exercício da cidadania e a compreensão de que as condições de vida têm papel fundamental na definição do processo saúde-doença das populações, demandando dos dentistas novas habilidades para lidar com a realidade social, visando alcançar a integralidade das ações de saúde bucal (AMORIM & SOUZA, 2010).

A formação tradicional em saúde, que é baseada na organização disciplinar e nas especialidades, é abordada por alguns autores como prejudicial ao exercício da bioética. No entanto, a formação da consciência ética não pode ser vista como algo que ocorra espontaneamente ou seja de responsabilidade exclusiva da universidade. Esta capacidade depende dos estímulos promovidos pela família e pelos instrumentos de inserção social, em particular a escola. Não se podem exigir comportamentos éticos se não forem ofertadas oportunidades para sua construção e realização. Comumente, encontramos estudantes que tiveram construção moral e ética deficitária, e a partir do momento que estes passam para a condição de profissionais formados, vários problemas podem se desenvolver, como a prestação de atendimento odontológico com conduta profissional e valores invertidos, em detrimento da vida e dos direitos humanos. Sendo assim, o ensino da bioética na odontologia destaca-se na formação dos novos profissionais, mostrando-se como um novo conceito de ética aplicada a uma série de situações inovadoras, vivenciadas pela evolução das ciências biomédicas, oferecendo ao aluno a capacidade de analisar questões éticas e de tomar decisões éticas (GARRAFA, 2006; FREIRE, 2003; PRADO & GARRAFA, 2006; FREITAS et al., 2005; RAMOS, 2003; GOMES, 1996; ALMEIDA & SCHRAMM, 1999).

A bioética na clínica odontológica

A ética médica foi desenvolvida a partir dos trabalhos de Hipócrates e a atitude do médico perante o paciente, desde então, baseava-se no modelo da beneficência e cabia unicamente ao médico a decisão, tanto diagnóstica quanto terapêutica, ao passo que a obrigação do doente era acatar passivamente as decisões e prescrições (ALMEIDA, 1999). A autonomia dos indivíduos que compõem a sociedade, o princípio da beneficência, da justiça, da excelência, da virtude, a pluralidade sociocultural, a definição dos conteúdos, tendo como referência a responsabilidade científica e social das áreas de saúde, devem compor o enfoque bioético (GARRAFA, 1995). Tal enfoque favorece o aspecto que envolve o usuário e este passa a ser respeitado no seu direito de ter opiniões próprias,

fazer escolhas e agir de acordo com seus valores e crenças, levando-o, muitas vezes, à discordar das indicações técnicas. Hoje, o usuário não se apresenta, simplesmente, na posição de receptor do benefício, mas como um sujeito que discute opiniões sobre sua saúde, seu tratamento e seu bem-estar (ZOBOLI & MASSAROLLO, 2002). Em todo o mundo, os pacientes estão relativamente mais informados sobre temas de saúde e têm conhecimento dos serviços modernos da odontologia, fazendo com que eles tenham aumentado suas escolhas e direitos. Além disso, eles estão mais aptos a fazer comparações e estão mais engajados nos processos de decisões de tratamento, o que ocorre, com mais frequência, naqueles com maior nível de educação (SCHOUTEN et al., 2002; SCHOUTEN et al., 2003; CHAPPLE et al., 2003). Esta percepção do usuário como um todo, com personalidade específica, problemas e anseios particulares, é fundamental para a boa comunicação e o sucesso do atendimento odontológico (GARBIN et al., 2002).

Desde a graduação em odontologia, o futuro profissional deve utilizar as clínicas odontológicas como um espaço privilegiado, não somente visando ao aprendizado de procedimentos técnicos, mas também para exercitar a reflexão da ética, exercendo ações, assimilando condutas e adquirindo hábitos saudáveis para o exercício da profissão (GONÇALVES & VERDI, 2007).

Nos dias atuais, o cirurgião-dentista deve possuir e praticar conhecimentos além da ética profissional, ou seja, sobre a bioética. São grandes os números de atitudes tomadas por cirurgiões-dentistas que apresentam-se contrárias ao que dizem as leis da bioética, muitas vezes por nunca terem acesso a tais informações. O grande número de ações judiciais envolvendo estes profissionais, reflete e sinaliza um quadro de deficiência na abordagem do tema pelas faculdades de odontologia, assim como o desinteresse de acadêmicos e de egressos. Simultaneamente, o elevado contingente de cirurgiões-dentistas associado à elevada concentração nos grandes centros urbanos gera uma crise na oferta dos serviços odontológicos, levando a uma concorrência desenfreada, promovendo a substituição gradativa do trabalho autônomo pelo assalariado, de forma direta (contratação) e indireta (credenciamento), resultando na desconsideração ética durante a prática profissional (QUELUZ, 2003; VASCONCELLOS, 2003). Diante desta realidade mercadológica, que impõe uma concorrência também no setor odontológico, a busca por uma melhor remuneração tem levado alguns profissionais a realizarem procedimentos para os quais não se encontram devidamente capacitados. Ações deste tipo denotam a ausência do compromisso e da responsabilidade do profissional para com o usuário. Tais ações, geralmente, resultam em um número elevado de iatrogenias, indo contra o princípio do não malefício (FRAZÃO, 1998; AMORIM & SOUZA, 2010). Na clínica odontológica, neste momento de grande desenvolvimento científico e industrial, uma gama enorme de novos materiais, dispositivos, instrumentais e biomateriais, compõem o leque terapêutico do cirurgião-dentista. O expressivo desenvolvimento de biomateriais, por exemplo, para utilização em clínica odontológica, na última década, tem representado um poderoso instrumento para utilização nas atividades cirúrgicas, especialmente nas correções de defeitos ósseos. No entanto, um estudo realizado por Bugarin Júnior e Garrafa, mostrou, em seus resultados, que os profissionais utilizam biomateriais desconhecendo seus riscos e seus efeitos adversos, distanciando-se do princípio da beneficência (GARBIN & GARBIN, 1994; FARINASSI, 2007; BUGARIN JÚNIOR & GARRAFA, 2007; BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2001; PORTILLO, 1998; PRADO & GARRAFA, 2006).

É crucial que as práticas de saúde sejam norteadas pela promoção do bem-estar dos usuários e o restabelecimento da sua saúde integral, pautadas na beneficência, conduzindo o odontólogo a agir de acordo com o melhor para o indivíduo. Para isto, o usuário não deve ser visto como uma boca ou como um dente, sendo necessário o reconhecimento, a compreensão e o traquejo para lidar com problemas éticos que surgem durante a prática profissional (FRAZÃO, 1998; AMORIM & SOUZA, 2010). Esse respeito ao paciente e às atitudes éticas deve ser um dos pilares do exercício profissional. As alternativas de tratamento devem ser esclarecidas aos pacientes, juntamente com seus respectivos custos, prós, contras, riscos, possíveis complicações e benefícios. Mais do que obrigação legal, prevista no ordenamento jurídico nacional, esta é uma atitude ética, pautada também em princípios bioéticos, devendo o paciente dar o seu consentimento livre e esclarecido para a realização do tratamento (SERRA, 2007).

A bioética na pesquisa clínica odontológica

As grandes descobertas sobre a natureza da matéria, do tempo e do espaço, realizadas por Einstein, Planck, Bohr e Heisenberg, foram colocadas em debate para o público não especializado que, mesmo não detendo competências técnicas para discussões de cunho teórico, produziu intervenções que versavam a respeito do caráter ético das pesquisas (MORIN, 2002). No campo da pesquisa clínica, a Conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1992, que resultou no livro *Ethics and Research on Human Subjects*, mostrou-se como um marco para a delimitação do conceito de vulnerabilidade nos estudos éticos, envolvendo pesquisas com seres humanos (BANKOWSKI & LEVINE, 1993). A bioética visa resguardar os direitos das pessoas participantes de projetos, sejam como sujeitos, pesquisadores ou trabalhadores, no que se refere à proteção de riscos, desconfortos, privacidade e abusos de qualquer espécie (HOSNE, 2003). Desta forma, quando de pesquisas na área biomédica, em que um ser humano é o sujeito da pesquisa, é preciso atentar para todos os conceitos éticos, implicando no consentimento do sujeito, na manutenção da privacidade das informações do sujeito, na aprovação pelos pares e pela comunidade. A aprovação pelos pares avalia a relevância da questão científica, a relação entre o benefício da informação que será obtida com a pesquisa e o risco do sujeito e a qualidade científica da proposta para responder às questões levantadas. Na Odontologia, há muitas e diferentes questões que fazem parte deste abrangente leque bioético, mas a discussão ainda é incipiente (BRASIL, 1996). No entanto, uma vez que pesquisas com seres humanos são práticas corriqueiras na área odontológica, a adequação destas aos novos paradigmas faz-se urgente. A análise dos riscos e benefícios, a obediência às normas e tratados internacionais sobre o tema são imprescindíveis, assim como a discussão com os pesquisadores sobre os aspectos éticos dos trabalhos científicos (GARRAFA, 1993; SERRA, 2007).

Na pesquisa, o modelo biomédico e a ideia da etiologia específica, juntamente com uma pressão sobre os pesquisadores na produção de resultados que sejam prontamente aplicados, favorecem explicações simplificadas, terapias com drogas ou outras intervenções baseadas em tecnologia. A despeito da inabilidade deste modelo em enfrentar os desafios levantados pela pesquisa moderna sobre a causa, outras direções são relativamente negligenciadas, levando à produção de “mais do mesmo conhecimento” em muitas áreas (PAULI et al., 2000; DEAN, 2004).

Forssén et al., 2010, mostraram um método que cobre todo o processo envolvido nas etapas da pesquisa, dividido em três partes. O início, desenho e planejamento de um estudo são denominados de elementos *upstream* e incluem pré-requisitos, pressupostos e conhecimentos prévios. Todos os elementos que dizem respeito à execução do estudo são denominados de elementos *midstream*. A parte final, que engloba as consequências potenciais do estudo para os indivíduos, cuidados com a saúde e para a sociedade, é denominada de elementos *downstream*. A ideia é eleger elementos, em cada parte da pesquisa, que sejam relevantes nos aspectos éticos, sociais e políticos.

Para se obter a esperada integridade na pesquisa clínica, não há uma fórmula, mas um comportamento ético. A discussão sobre o tema deve ser incentivada e estar presente nos cursos de graduação e pós-graduação. As pesquisas científicas que envolvem seres humanos podem e devem ser executadas dentro de padrões éticos. Para a ciência, a tecnologia não tem limites, mas a bioética deve nortear esses avanços dentro do respeito ao ser humano e à sua individualidade (GALVÃO et al., 2010). O valor social da pesquisa relacionada com a saúde internacional, no mínimo, refere-se aos esforços com o objetivo de assegurar que a pesquisa global em saúde contribua para a melhoria da saúde humana, durante, por exemplo, a geração e a aplicação do conhecimento generalizado e tem, recentemente, se tornado uma preocupação fundamental na ética da pesquisa global, especialmente quando esta pesquisa é realizada num quadro com poucos recursos (EMANUEL EZEKIEL et al., 2004). Várias estratégias têm sido concebidas para promover o valor social da pesquisa, incluindo a solicitação de partilha de benefícios. Isto leva à elucidação se nada é devido aos participantes, suas comunidades e nações anfitriãs que participam de tais pesquisas. Outra estratégia inclui o desenvolvimento de sociedade/participação, para identificar prioridades para a pesquisa e engajamento comunitário para aumentar a proteção dos participantes de pesquisas (EMANUEL & GRADY, 2007; SIMM, 2007). Estes desenvolvimentos têm sido cristalizados através de guias para a ética na pesquisa, que devem prover direção quando for considerada a partilha de benefícios. Entretanto, os debates sobre bioética relacionada à definição de benefícios, beneficiários e o âmbito das obrigações para prover benefícios continuam na literatura acadêmica. O debate sobre quais benefícios são justificáveis eticamente mostra uma divisão de opinião entre aquelas determinações de favorecimento baseadas no tipo de pesquisa e aquelas chamadas para uma abordagem genérica baseada em questões de segundo plano/formação de exploração e opressão que produzem uma saúde ruim em locais com poucos recursos (CHRISTAKIS, 2004; BALLANTYNE, 2008; BHUTTA, 2002; LONDON, 2005).

Termo de consentimento livre e esclarecido

A concretização da autonomia do indivíduo é obtida através da utilização do consentimento livre e esclarecido (ZOBOLI & MASSAROLLO, 2002).

Uma das questões centrais na ética, tanto na pesquisa com seres humanos, como na prática clínica, é o desenvolvimento das condições que permitam ao paciente o fornecimento de um consentimento que esteja baseado em uma decisão, atitude e ações, independentes e autônomas, fundamentadas em informações verdadeiras quanto às implicações presentes e futuras para o paciente e permitindo uma escolha entre as alternativas de consentir ou não consentir. Dispor condições necessárias para que

esse consentimento fosse solicitado e formalizado em documentos apropriados, e esse conjunto de diretrizes passou a ser denominado de obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (SCHOUTEN et al., 2002; SCHOUTEN et al., 2003). Do ponto de vista ético, a exigência do consentimento informado visa ao respeito à autonomia dos sujeitos, bem como a observação dos princípios de beneficência e justiça (BRENES et al., 1998).

Este “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE), que deve ser avaliado por um conselho de ética em pesquisa (CEP), é ainda hoje a razão principal de devolução de protocolos para modificações, o que demonstra que estes documentos ainda não estão completamente adequados para os seus reais objetivos. Desta forma, e de acordo com a Resolução nº 196/96, todas as instituições que desenvolvem pesquisas com seres humanos são obrigadas a constituir um ou mais CEP. Na impossibilidade dessa medida, a Resolução nº 196/96 prevê que os projetos de pesquisa de uma instituição sejam apreciados pelo CEP de outra instituição, de preferência por aquele que seja indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS) (BRASIL, 1996). Sendo assim, a necessidade de obtenção do consentimento livre e esclarecido para a realização de trabalhos odontológicos é inquestionável. Para isso, os profissionais precisam apresentar as alternativas de tratamento existentes e as características de cada uma. Assim, não se concebe um profissional que imponha ao paciente o trabalho que achar melhor (SERRA, 2007).

O pleno exercício do consentimento somente é possível após serem discutidos com o usuário pontos essenciais como o diagnóstico, o plano de tratamento, as consequências dos procedimentos, incluindo possíveis sequelas, caso existam, e os seus custos. A linguagem precisa ser clara e acessível dentro dos padrões de compreensão intelectual, cultural e psicológica do indivíduo. Para informar o usuário é preciso, antes de tudo, ser capaz de comunicar-se com ele. A comunicação é um dos pilares mais importantes para o alcance do relacionamento efetivo entre o profissional e o usuário, e talvez esteja relacionada a uma das grandes barreiras a serem superadas na odontologia. As habilidades técnicas não suplementam a necessidade de se estabelecer uma relação com o usuário que propicie segurança, confiança e comprometimento (CREUTZBERG et al., 2005).

Com respeito ao conteúdo do TCLE, deve-se observar que o futuro é incerto e toda descoberta de cura deve ser considerada, podendo-se ter uma determinada situação revertida por inúmeras e imprevisíveis circunstâncias. O princípio do consentimento proporciona a base para aquilo que poderia ser chamado de autonomia como respeito mútuo. O respeito pela autonomia das pessoas como agentes morais, capazes de decisões informadas e que apresenta-se central no diálogo bioético. O principal desafio durante o processo de consentimento é garantir a compreensão adequada do indivíduo, principalmente em um país como o Brasil, em que a grande maioria dos sujeitos de pesquisa é extremamente vulnerável devido às condições sociais, culturais e econômicas diferenciadas. Em algumas situações pode ocorrer confusão entre Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Contrato de Prestação de Serviços. O primeiro traduz manifestação de anuência para o tratamento, tendo sido esclarecidas as opções possíveis e suas características; o segundo é documento jurídico de natureza obrigacional, que estabelece direitos e deveres entre as partes (cirurgião-dentista e paciente). Infelizmente, ainda é pequeno o número de colegas que se valem de ambos. Alguns, por desconhecimento ou ignorância, e outros, por acharem desnecessário (DINIZ & GUILHERME, 2002; ENGELHARDT, 1998; LOLAS, 2001; CLOTET et al., 2000; SERRA, 2007).

Desta forma, o processo de educação ética e moral precisa receber ênfase nas instituições de ensino, principalmente no que diz respeito à necessidade de consentimento dos pacientes para a realização tanto de procedimentos clínicos quanto na prática de pesquisa com seres humanos. Desta forma, o TCLE deve assegurar ao paciente o direito de informação sobre todos os procedimentos que serão realizados, assim como todos os riscos inerentes ao tratamento ou aos procedimentos envolvidos com a pesquisa. Estas informações devem ser passadas de forma clara e detalhada, com uma linguagem que seja acessível ao paciente. Embora o processo de consentimento tome um determinado tempo, ele provê uma oportunidade para o cirurgião-dentista criar um bom relacionamento com o paciente, comunicando os detalhes do tratamento e fornecendo as informações necessárias para o adequado entendimento do paciente. Isto também permite que o paciente imponha a sua opinião e concorde com o tratamento proposto. Com isso, será possível a construção da confiança do paciente no profissional, já que ele vai estar completamente informado e terá controle sobre as suas decisões, sobre o seu tratamento (SALES-PERES et al., 2011; MOHAMED TAHIR, 2002).

Considerações finais

Adotar um modelo pedagógico que contemple processos inter e transdisciplinares é muito importante. Pode-se dizer que a bioética, assim como a ética, necessita de uma difusão, tão mais cedo quanto possível, a todos os indivíduos que compõem a sociedade. Percebe-se, também, que tanto a ética como a bioética estão diretamente ligadas à educação, ao aspecto cultural e, imensamente, a uma questão de sentimento humanitário, provavelmente herdado em âmbito familiar. Certamente, a construção de uma sociedade ética, capaz de pensar, criticar e somar atitudes bioéticas envolve exemplos de caráter e atitudes políticas, particularidades econômicas, regionais, etc. Este aspecto multifatorial da bioética enfatiza ainda que, durante o tempo de graduação universitária, transmitir toda a informação necessária e mudar concepções a respeito do tema torna-se difícil, embora seja indiscutivelmente necessário.

Quanto ao ensino corrente de odontologia, necessidades sociais brasileiras solicitam uma graduação mais generalista e embora a dinâmica já tenha sido fragmentada a grande maioria das escolas de odontologia já apresenta um currículo consistente para a formação do clínico geral. O egresso, por sua vez, busca, ao se especializar, o aumento do conhecimento e melhor qualidade de vida. Provavelmente, uma melhor valorização e melhores condições de trabalho ao cirurgião-dentista por parte do SUS seja a melhor estratégia para motivar um número maior de egressos generalistas. No entanto, a ciência odontológica, assim como todas as outras, evolui, diariamente, a passos largos e cada especialidade apresenta uma característica em particular onde seria utópico e totalmente avesso ao tempo atual o desprezo às especialidades e seus especialistas.

Por fim, chamamos a atenção para a colocação de Beecher, em 1966, tendo dito que não basta o recolhimento do termo de consentimento como uma salvaguarda legal. Tal termo deve representar a compreensão livre do sujeito pesquisado diante do experimento. Atenção também para a Carta de Brasília, remetida à Associação Médica Mundial, em 2000, que reforçou um dos principais tópicos da Declaração de Helsinkí, na qual determina que em qualquer pesquisa clínica seja utilizado “o melhor método terapêutico de eficácia comprovada”, independente da localidade da pesquisa.

Referências bibliográficas

- AIRES C. P, HUGO F. N, ROSALEN P. L, MARCONDES F. K. *Teaching of Bioethics in Dental Graduate Programs in Brazil*. Braz Oral Res. 2006;20:285-289.
- ALEKSANDROWICZ A. M. C, Schramm, F. R. *Origem e destino revisitados: a clonagem entre a profecia e a promessa*. Hist. cienc. saude-Manguinhos 2007;14:421-441.
- ALMEIDA, J. L. T. *Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente [tese]*. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.
- ALMEIDA, J. L. T., Schramm, F. R. *Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and the rise of bioethics*. Cad. Saúde Pública. 1999;15:15-25.
- AMORIM, A. G, SOUZA, E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciência&Saúde Coletiva* 2010;15:869-878.
- AMORIM, K. P. C. *Nos labirintos da vida: a (bio)ética na formação de odontólogos (a visão de docentes)* [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2002.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. *Declaração de Tel Aviv*. Tel Aviv: Associação Médica Muncial, 1999.
- BALLANTYNE, A. "Fair Benefits" accounts of Exploitation Require a Normative Principle of Fairness: A Response to Gbadegesin and Wendler, and Emanuel et al. *Bioethics* 2008;22:239-244.
- BANKOWSKI Z, LEVINE R. *Ethics and Research on Human Subjects: International Guidelines*. Geneva: Concl for International Organizations of Medical Sciences, 1993.
- BEAUCHAMP, T. L, CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética*. São Paulo: Loyola; 2002.
- BEAUCHAMP, T. L, CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. 5. ed. New York; Oxford University Press; 2001.
- BEECHER, H. K. *Ethics and clinical research*. New England Journal of Medicine 1966;274:1354-1360.
- BHUTTA, Z. A: *Ethics in international health research: a perspective from the developing world*. Bulletin of the World Health Organization 2002, 80(2).
- BRASIL. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB*. Diário Oficial da União 1996; 23 dez.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União 2002; 4 mar.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Câmara Técnica de Medicamentos. *Resolução Normativa nº 1/78, de 30 de agosto de 1978*. Dispõe sobre o estabelecimento de uma sistemática da experimentação terapêutica, bem como de todos os itens que devem ser abrangidos nas suas diversas etapas. Diário Oficial da União 1978; 17 out.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 01/88 de 13 de junho de 1988*. Dispõe sobre a aprovação das normas de pesquisa em saúde. Diário Oficial da União 1988; 14 jun.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.196/96, de 10 de outubro de 1996*. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 1996 out. 16; Seção 1: 21082-5.
- BRENES, V; MESA, A; ORTIZ, O; CONTRERAS, X; VERNON, R; REYES, H; RODRÍGUEZ, G; SANTOS, E; SUÁREZ C.; *El derecho al consentimiento informado: un ejercicio en construcción*. Leyes, casos y procedimientos de queja en los servicios de planificación familiar en Mexico. New York: Population Council; 1998. p. 56.

- BUGARIN JÚNIOR, J. G, GARRAFA, V. *Bioética e biossegurança: uso de biomateriais na prática odontológica*. Rev Saúde Pública 2007;41:223-8.
- CAMARGO, M. C. V. Z. A. *O ensino da ética médica e o horizonte da bioética*. Rev Bioética 1996;4:47-51.
- Carta de Brasília. Documento resultante do Fórum Nacional Declaração de Helsinki: *Perspectivas da Sociedade Brasileira*. Brasília: Anis - Instituto de Bioética Direitos Humanos e Gênero/Conselho Federal de Medicina/Fundação Oswaldo Cruz, 2000.
- CECCIM, R. *Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade*. Cad Saúde Pública 2004; 20:1400-1410.
- CHAPPLE, H; SHAH, S; CARESS, A. L; Kay, E. J; *Exploring dental patients' preferred role in treatment decision making – a novel approach*. Br Dent J 2003; 194:321-327.
- CHRISTAKIS, N. A. : *Social networks and collateral health effects*. BMJ 2004;329:184-185.
- CLOTET, J; GOLDIM, J. R; FRANCISCONI, C. F. *Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000.
- COSTA, S. I. F; GARRAFA, V; OSELKA, G. Apresentando a Bioética. In: Costa, S. I. F, GARRAFA, V; Oselka, G; organizadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998, p. 15-18.
- CREUTZBERG, M; FUNCK, L; KRUSE, M. H. L; MANCIA, J. R; organizadores. A construção do compromisso ético na formação dos acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. In: *Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2004 Out 24-29; Gramado, Brasil. Brasília: ABEn; 2005.
- DEAN, K. *The role of methods in maintaining orthodox beliefs in health research*. Soc Sci Med 2004;58:675-685.
- Declaration of Helsinki. *Ethical principles for medical research involving human subjects*. Adopted by the 18th World Medical Assembly. Helsinki, Finland, June 1964 and amended by 1975, 1983, 1989, 1996, 2000.
- DINIZ, D; GUILHEME, D. *O que é bioética?* Brasiliense, São Paulo, 2002, 69 pp.
- EMANUEL, E. J, Crouch RA, Arras JD, Moreno JD, Grady C. *Ethical and regulatory aspects of clinical research*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2004.
- EMANUEL E. Â. J; WENDLER, D; KILLEN, J; GRADY, C.: *What Makes Clinical Research in Developing Countries Ethical? The Benchmarks of Ethical Research*. The Journal of Infectious Diseases 2004; 189:930-937.
- EMANUEL, E; Grady, C: *Four Paradigms of Clinical Research and Research Oversight*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2007;16:82-96.
- ENGELHARDT JR, H. T. *Fundamentos da bioética*. São Paulo; Editora Loyola; 1998.
- ESTRELA, C. *Metodologia científica: ensino e pesquisa em odontologia*. São Paulo; Artes Médicas; 2001.
- FARINASSI, J. A. *Biossegurança no ambiente odontológico*. SOTAU R. Virtual Odontol. 2007;1:24-30
- FRAZÃO, P. Tecnologias em saúde bucal coletiva. In: Botazzo, C, Freitas, S. F. T, organizadores. *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: EDUSC/UNESP; 1998. p. 159-174.
- Freire, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.
- FREITAS, S. F. T, KOVALESKI, D. F, BOING, A. F. *Desenvolvimento moral em formandos de um curso de odontologia: uma avaliação construtivista*. Cienc Saúde Colet 2005;10:453-462.
- FURTADO L. A. C, TANAKA, O. Y. *Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso*. Rev. Saúde Pública 1998;32:587-595.

- GALVÃO, R. C. D. et al. *A importância da bioética na odontologia do século XXI*. *Odontol. Clín.-Cient.* 2010; 9:13-18.
- GARBIN, C. A. S; MARIANO, R. Q; MACHADO, T. P; GARBIN, A. J. I. *Estudo bioético das relações humanas no tratamento odontológico*. *Rev Fac Odontol Lins* 2002;14:54-59.
- GARBIN, C. M; GARBIN, N. M. *Enxertos ósseos e regeneração tecidual guiada: noções básicas*. São Paulo; Pancast, 1994.
- GARRAFA, V. *A dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1995.
- GARRAFA, V. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: GARRAFA, V; KOTTOW, M; SAADA, A; organizadores. *Bases conceituais da bioética: conceito latino-americano*. São Paulo: Gaia; 2006, p. 93-119.
- GARRAFA, V. *Saúde bucal e cidadania*. *Saúde em debate (CEBES)* 1993;41:50-7.
- GOMES, J. C. M. *O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro*. *Rev Bioética* 1996 a; 4:39-45.
- GOMES, J. C. M. *O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro*. *Rev Bioet* 1996;4:53-64.
- GONÇALVES, E. R; VERDI, M. I. M. *Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino*. *Cienc Saúde Colet* 2007; 12:755-64.
- GRISARD, N. *Ética médica e bioética: a disciplina em falta na graduação médica*. *Bioética* 2002;10:97-114.
- HOSNE, W. S. A regulamentação de pesquisa com seres humanos como instrumento de controle social. In: Fortes, P. A. C; Zoboli, E. L. C. P; organizadores. *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola; 2003, p. 95-111.
- HOTTOIS, G. 2001. Bioéthique. G. Hottois & J-N. Missa. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles: De Boeck, p. 124-126. <http://pt.wikipedia.org/wiki/Bio%C3%A9tica>.
- KLIGERMAN, J. *Bioética em saúde pública*. *Rev Bras Cancerol* 2002;48:305-307.
- KOTTOW, M. H. *Introducción a la bioética*. Chile: Editorial Universitaria, 1995: p. 53.
- LADRIÈRE, J. *Del sentido de la bioética*. *Acta Bioethica* 2000;6:201-202.
- LOLAS, F. *Bioética o que é, como se faz*. São Paulo: Edições Loyola, 2001.
- LONDON, A. J. *Justice and the human development approach to international research*. *Hastings Center Report* 2005;35:24-37.
- MOHAMED TAHIR, M. A; MASON, C; HIND, V. *Informed consent: optimism versus reality*. *Br Dent J* 2002;193:221-224.
- MORIN, E. *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- MORIN, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- MORIN, E. *Os setes saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2002.
- MOYSÉS, S. J. *A humanização da educação em odontologia*. *Pro Posições* 2003; 14:40-74.
- NUREMBERG CODE. *Trials of war criminal before the Nuremberg military tribunals*. *Control Council Law* 1949;10:181-182.
- PAULA, L. M; Bezerra, A. C. B. *A estrutura curricular dos cursos de odontologia no Brasil*. *Rev ABENO*. 2003;3:7-14.
- PAULI, H. G; White, K. L; McWhinney, I. R. *Medical education, research, and scientific thinking in the 21st century (part one of three)*. *Educ Health (Abingdon)* 2000; 13:15-25.
- PINTO, V. G. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos, 2000.
- PORTILLO, J. A. C. *A inserção da odontologia no SUS – avanços e dificuldades [tese]*. Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 1998.
- POTTER, V. *Bioethics: Bridge to the future*. New Jersey: Prentice-Hall; 1971.

- PRADO, M. M; GARRAFA, V. *A bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica*. Comun Cienc Saude. 2006; 17:263-74.
- QUELUZ, D. P. Recursos humanos na área odontológica. In: Pereira, A. C, organizador. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003, p.140-157.
- RAMOS, D. L. P 2003. Perspectivas bioéticas na atenção da saúde bucal. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Loyola; 2003, p.161-167.
- REICH, W. T. *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd ed. New York; MacMillan, 1995: XXI.
- RIBEIRO, C. D. M; SCHRAMM, F. R. *Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização*. Cad Saúde Pública 2006; 22:1945-1953.
- SALES-PERES S. H. C; SALES-PERES A; ELEUTÉRIO, A. S. L; OLIVEIRA J. L. G; GIGLIOTTI M. P. *Termo de consentimento livre e esclarecido aos usuários de clínicas odontológicas brasileiras*. Ciência & Saúde Coletiva 2011;16 (supl. 1):805-812.
- SASS, H. M. *Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics*. Kennedy Inst Ethics J 2007; 17:279-295.
- SCHOUTEN, B; HOOGSTRATEN, J; EIJKMAN, M. *Dutch dental patients on informed consent: knowledge, attitudes, self-efficiency and behavior*. Patient Educ Counsel 2002; 46:47-54.
- SCHOUTEN, B. C; HOOGSTRATEN, J; EIJKMAN, M. A. J. *Patient participation during dental consultations: the influences of patients' characteristics, and dentists' behavior*. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31:368-377.
- SERRA, M. C. *Bioética, biodireito e odontologia*. APCD 2007.
- SIMM, K. *Benefit-Sharing: A look at the history of an ethics concern*. Nature 2007; 8:496.
- SIQUEIRA, J. E. *A arte perdida do cuidar*. Rev Bioética 2002; 10:89-106.
- SIQUEIRA, J. E. *Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros*. Rev Bioética 2000; 8:55-67.
- SÓRIA, M. L; BORDIN, R; COSTA FILHO, L. C. *Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência*. Cad Saude Publica 2002;18:1551-1559.
- UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris, 2005; Disponível em <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>.
- VASCONCELLOS, I. C. *Ética para a odontologia*. RBO 2003; 60:78-79.
- World Medical Association. *Declaration of Helsinki: Recommendationdations guiding physicians in biomedical research involving humans subjects*. JAMA 1997; 277:925-926.
- World Medical Association. *Proposed Revision of the Declaration of Helsinki*. Tel Aviv: World Medical Association;2000.
- Zoboli, E. L. C. P; MASSAROLLO, M. C. K. B. *Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática de enfermagem*. O mundo da saúde 2002; 26:65-70.
- ZOBOLI, E. L. C. P; Referências de análise em bioética: o desafio de traçar sua interface com a saúde pública. In: FORTES, P. A. C; ZOBOLI, E. L. C. P; organizadores. *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola; 2003, p. 25-34.

