

INFORMAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO NA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA: ENFOQUE BIOÉTICO

INFORMATION AND MAKING UP A DECISION AT PEDIATRIC DENTISTRY CLINIC: A BIOETHICAL FOCUS

Scarpelli, Ana Carolina*
Bonanato, Karina Teixeira*
Ramos-Jorge, Maria Letícia**
Zarzar, Patrícia Maria Pereira de Araújo***
Paiva, Saul Martins****
Pordeus, Isabela Almeida*****

RESUMO

O respeito à autonomia do paciente implica em informá-lo sobre as propostas de tratamento, benefícios e riscos, de forma que possa compreender e participar ativamente deste processo. Este estudo transversal teve por objetivo verificar o esclarecimento dos responsáveis acerca do tratamento odontológico de suas crianças na faixa etária de 4 a 12 anos, atendidas em um serviço público de Belo Horizonte. Ademais, desejou-se avaliar a participação dos mesmos na decisão do tratamento. A amostra constituiu-se de 63 responsáveis, os quais foram abordados por meio de uma entrevista utilizando-se um formulário estruturado. Para análise estatística adotou-se o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher com 5% de significância através do programa SPSS 10.0. Os resultados revelaram que 79,4% dos responsáveis confirmaram o recebimento de informações sobre o tratamento proposto para a sessão, sendo tal informação considerada satisfatória. Em relação ao autojulgamento, 93,7% dos entrevistados declararam ter conhecimento acerca do tratamento que estava sendo executado pelo cirurgião-dentista, e 60,3% declararam ter participado do processo de decisão. Entretanto, quando questionados sobre qual o procedimento executado, 30,2% dos responsáveis acertaram. Não houve diferença estatisticamente significativa quando se associou a variável esclarecimento e as variáveis idade ($p = 0,355$), grau de parentesco ($p = 0,747$), nível de escolaridade ($p = 0,472$) e nível econômico dos responsáveis ($p = 0,725$). Desta forma, concluiu-se que a maioria dos entrevistados não estava devidamente esclarecida quanto ao tratamento odontológico realizado em seu menor, assumindo uma postura passiva frente ao profissional. Sugeriu-se, portanto que, os responsáveis não exerceram de forma satisfatória a sua autonomia.

UNITERMOS: autonomia pessoal; bioética; odontopediatria.

SUMMARY

Respecting a patient's autonomy implies informing him/her as to the treatment proposals, benefits and risks so that he/she can comprehend and actively participate in the process. The aim of this cross-sectional study was to verify if parents/guardians receive clarifications regarding the dentistry treatment of their 4 to 12-year-old children treated at a public service

* Alunas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Mestrado, Área de concentração em Odontopediatria, da FO-UFGM.

** Doutora em Odontopediatria pela UFSC. Bolsista PRODOC/CAPES/UFGM.

*** Professora Adjunta do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da FO-UFGM. Doutora em Odontopediatria pela UPE.

**** Professor Adjunto do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da FO-UFGM. Doutor em Odontopediatria pela FO-USP.

***** Professora Titular do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da FO-UFGM. Doutora em Epidemiologia e Saúde Pública pela Universidade de Londres.

clinic in the city of Belo Horizonte, Brazil. The sample was made up of 63 parents/guardians interviewed with the use of a structured form. The chi-square test and Fisher's exact test with 5% significance were adopted for the statistical analysis, using the SPSS 10.0 software program. The results reveal that 79.4% of the guardians confirmed having received information regarding their child's treatment, and such information was considered satisfactory. In relation to self-judgment, 93.7% of the respondents stated having knowledge regarding the treatment the dental surgeon was performing and 60.3% said that they have participated of the treatment decision. However, when asked about the procedure, just 30.2% responded correctly. There were no statistically significant differences when associating clarification with age ($p = 0.355$), family relation ($p = 0.747$), level of schooling ($p = 0.472$) and economic level of the parents/guardians ($p = 0.725$). We conclude that the majority of parents/guardians demonstrated not to be duly informed as to the dentistry treatment of their underage children, which suggest that they did not satisfactorily exercise their autonomy.

UNITERMS: *personal autonomy; bioethics; pediatric dentistry.*

INTRODUÇÃO

Tem sido premente a necessidade de retomada da discussão ética no setor de saúde e, especificamente no setor odontológico, levando em consideração os parâmetros bioéticos (Garrafa, 1997).

A conquista do respeito ao exercício da autonomia, nas relações profissionais e nos serviços de saúde, consiste em um fenômeno histórico socialmente determinado (Fortes, 1994).

A autonomia, com seu significado etimológico (autogoverno), é entendida como a capacidade humana em elaborar suas próprias leis e compartilhá-las com seus semelhantes representando em última instância, a dignidade do indivíduo (Schramm, 1998; Freitas et al., 2002).

Autonomia em saúde, por conseguinte, é o poder que tem o usuário de decidir que profissional escolher para atendê-lo, que tratamento aceitar ou admitir, determinado segundo seus interesses. Fundamenta-se no respeito à pessoa humana, à individualidade, implicando no direito à escolha, à manifestação da vontade, o que culmina no consentimento livre e esclarecido (Marchi et al., 1998).

O consentimento informado se estabelece como uma condição indispensável da relação profissional de saúde-paciente. Aceita-se a noção de consentimento esclarecido como ato de decisão voluntária, realizado por uma pessoa competente, embasada em adequada informação e que seja capaz de deliberar, aceitando ou recusando propostas de ação que poderão lhe afetar. No campo das práticas que se relacionam com a saúde das pessoas, tal assertiva significa que o indivíduo é quem, de forma ativa, deve autorizar as propostas apresentadas, não devendo meramente assentir a um plano diagnóstico ou terapêutico, por meio de uma atitude submissa às ordens dos

profissionais de saúde (Fortes, 1994; Clotet, 1995; Baú, 2000).

Portanto, o consentimento é construído com base na participação ativa do usuário e/ou seu representante legal na tomada de decisão e fortalece a relação vincular que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários (Tahir et al., 2002). Nesse sentido, o processo do consentir, se estabelece como uma oportunidade de interação e comunicação entre os atores envolvidos, criando um clima de confiança mútua, facilitando sobremaneira uma adequada inter-relação e entendimento (Rohlf, 1995).

Muitas vezes, entretanto, o consentimento tem sido tratado como um ritual vazio, um procedimento rotineiramente limitado ao preenchimento e assinatura de um formulário, com vistas à evidência legal de obtenção de anuência do usuário para os casos de possíveis pendências jurídicas. Configuram-se assim, indivíduos desinformados e passivos frente ao profissional, pouco participativos em relação à tomada de decisão (Zoboli et al., 2002).

Neste contexto, o objetivo do estudo foi verificar o esclarecimento dos responsáveis acerca do tratamento odontológico de suas crianças na faixa etária de 4 a 12 anos, atendidas em uma instituição pública no município de Belo Horizonte. Ademais, desejou-se avaliar a participação dos mesmos frente à tomada de decisão do tratamento.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado em uma instituição pública de atendimento odontológico no município de Belo Horizonte. Para tanto, foram obtidas as autorizações junto às chefias do órgão público, bem como a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC 173/05).

Participaram da pesquisa 63 responsáveis por crianças na faixa etária de 4 a 12 anos completos à época do levantamento. A coleta dos dados foi realizada no período de 5 dias. Foram incluídos no estudo, os responsáveis que conduziram seus filhos à instituição para tratamento odontológico. Excluiu-se aqueles cujas crianças foram encaminhadas ao serviço apenas para atendimento emergencial.

Para coleta de dados, optou-se pela entrevista utilizando-se um formulário estruturado não identificado. Este instrumento continha dados relacionados à criança (idade, sexo, posição da criança na escala de filhos), aos responsáveis (idade, grau de parentesco com a criança, nível de escolaridade) e questões referentes ao tratamento odontológico a ser executado pelo cirurgião-dentista na sessão prevista para a realização das entrevistas. Além disso, a fim de classificar economicamente as famílias, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil, tido como padrão de mercado em segmentação da população em classes econômicas (A, B, C, D, E). Este sistema de classificação objetiva estimar o poder de compra da população, abandonando a pretensão de classificar as pessoas em termos de "classes sociais" (ANEP, 2003).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, na sala de espera enquanto os responsáveis aguardavam o atendimento clínico das crianças. Cada responsável foi abordado uma única vez. Finalizada a consulta clínica e após a liberação da criança, a pesquisadora perguntava ao cirurgião-dentista, qual o procedimento havia sido realizado durante a sessão. Isso se fez necessário posto que se desejava verificar o esclarecimento dos responsáveis acerca do procedimento clínico programado para a consulta, através do confronto de respostas. O procedimento relatado pelo profissional foi estabelecido como o referencial.

Previamente à entrevista, foram obtidos os termos de consentimento livre e esclarecido dos responsáveis.

Os formulários e os termos de consentimento livre e esclarecido foram colocados em envelopes separados e repassados ao pesquisador em momentos distintos. Desta forma estava garantida a não identificação dos respondentes.

Após a coleta de dados, os mesmos foram analisados e tratados estatisticamente, com a aplicação do teste qui-quadrado e do teste exato de Fisher através do programa SPSS (versão 10.0).

RESULTADOS

Analisando a distribuição da faixa etária das 63 crianças atendidas, constatou-se que 30,2% possuíam de quatro a seis anos de idade, 44,4% estavam na faixa etária entre sete e nove anos e 25,4% possuíam de dez a doze anos de idade.

Dentre os 63 menores cujos responsáveis foram abordados, 61,9% eram filhos mais novos, 11,1% representavam filhos intermediários, 19,0% primogênitos e 7,9% filhos únicos.

Considerando-se a idade dos responsáveis, 8% possuíam até 24 anos de idade, 81% estavam na faixa etária de 25 a 45 anos e 11% tinham 46 anos de idade ou mais. Cerca de 69,8% dos entrevistados eram mães, 20,6% pais e 9,6% irmãos, avós e tios.

Quanto ao nível de escolaridade, 36,5% dos responsáveis tinham baixa escolaridade (menos de onze anos de estudo) e 63,5% possuíam alta escolaridade (onze anos ou mais de estudo).

O Gráfico 1 demonstra a distribuição dos participantes segundo a classe econômica. A fim de facilitar a análise dos dados, as classes econômicas foram agrupadas proporcionalmente. O grupo um foi denominado como mais favorecido economicamente (composto pelas classes A e B). O grupo dois foi designado como menos favorecido economicamente (constituído pelas classes C e D). Nenhum participante foi incluído na classe E. Um total de 28 famílias (44,4%) foi agrupado na classe mais favorecida economicamente e 35 (55,6%) na classe econômica menos favorecida, demonstrando uma amostra bastante homogênea.

Com relação ao motivo que levou às crianças àquela consulta odontológica, os responsáveis relataram necessidade de manutenções preventivas periódicas (58,5%) e necessidade de tratamentos curativos (41,5%).

Dentre os 63 respondentes, 79,4% afirmaram ter recebido informações sobre o tratamento odontológico previsto para a sessão, sendo esta informação considerada satisfatória. Ademais, 60,3% enfatizaram não ser necessário receberem maiores detalhes sobre o procedimento proposto uma vez que o cirurgião-dentista já havia fornecido todas as informações. A maioria dos responsáveis (93,7%) relatou saber qual o tratamento odontológico que estava sendo realizado. Entretanto, quando confrontadas as respostas sobre qual o procedimento estava sendo realizado na sessão, apenas 30,2% dos entrevistados confirmaram o que o cirurgião-dentista havia relatado (Gráfico 2).

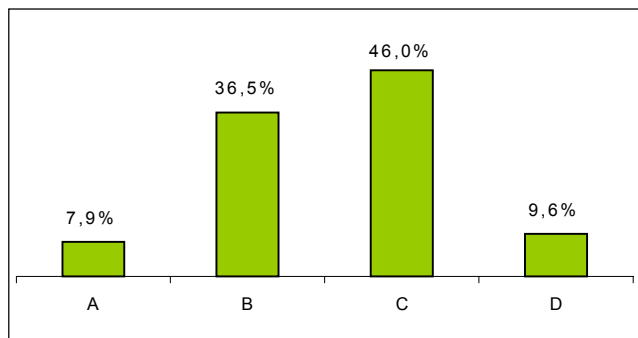


GRÁFICO 1 – Distribuição percentual dos responsáveis segundo a classe econômica.

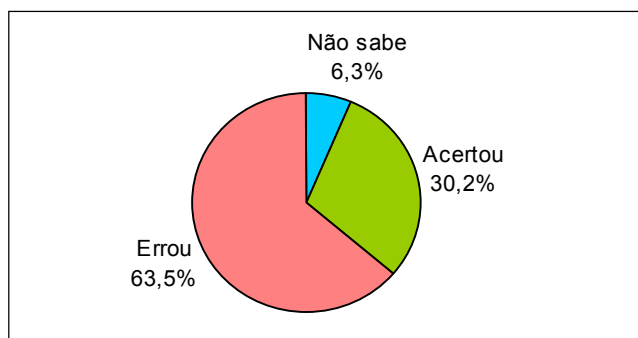


GRÁFICO 2 – Distribuição relativa aos acertos e erros em decorrência do confronto de respostas acerca do tipo de procedimento executado.

É interessante notar que 60,3% dos participantes enfatizaram ter participado da decisão do tratamento previsto para a sessão e, 95,2% deles consideraram que o dentista de sua criança lhe dá acesso a fazer questionamentos. A Tabela 1 descreve a forma de participação relatada pelos responsáveis.

A distribuição dos responsáveis segundo a faixa etária não mostrou associação estatisticamente significativa ($p = 0,355$) em relação ao estar ou não esclarecido acerca do tratamento odontológico realizado na criança (Tabela 2).

Dentre os responsáveis que se autojulgaram esclarecidos acerca do procedimento que estava sendo executado, verificou-se que a maioria (64,4%) possuía 11 ou mais anos de estudo.

Em relação à classificação econômica, a maior parte dos responsáveis pertencia à classe econômica menos favorecida. Observou-se que a classe econômica influenciou o esclarecimento uma vez que o percentual de acertos foi maior na mais favorecida (34,6%) (Tabela 2).

Considerando-se as variáveis grau de parentesco, nível de escolaridade do responsável e classificação econômica, não se encontrou uma significância estatística quando associada ao esclarecimento ($p = 0,747$, $p = 0,472$ e $p = 0,725$, respectivamente).

TABELA 1 – Formas de participação na decisão do tratamento.

Forma de participação	N	%
Discutindo as opções apresentadas com o dentista	16	35,6
Trazendo para tratamento	14	31,1
Recebendo informação sem opinar	10	22,2
Concordando com o tratamento	4	8,9
Não sabe	1	2,2
Total(*)	45	100

(*) Permitiu-se mais de uma resposta por responsável.

TABELA 2 – Distribuição absoluta e relativa dos responsáveis, segundo idade, grau de parentesco, nível de escolaridade e classe econômica, em relação aos acertos e erros.

Variáveis Independentes	Esclarecimento			χ^2	p
	Acertos n (%)	Erros n (%)	Total n (%)		
Idade dos responsáveis					
até 38 anos	11 (37,9)	18 (62,1)	29 (100,0)	0,857	0,355
mais de 38 anos	8 (26,7)	22 (73,3)	30 (100,0)		
Grau de parentesco do responsável					
mãe	13 (31,0)	29 (69,0)	42 (100,0)	0,104	0,747
outros	6 (35,3)	11 (64,7)	17 (100,0)		
Nível de escolaridade do responsável					
< 11 anos de estudo	11 (28,9)	27 (71,1)	38 (100,0)	0,518	0,472
> 11 anos de estudo	8 (38,1)	13 (61,9)	21 (100,0)		
Classificação econômica					
mais favorecido	9 (34,6)	17 (65,4)	26 (100,0)	0,124	0,725
menos favorecido	10 (30,3)	23 (69,7)	33 (100,0)		

DISCUSSÃO

A análise dos dados propiciou resultados interessantes e preocupantes quando se observa o relacionamento entre profissional-paciente-família atendidos na clínica odontopediátrica.

É fato que, a orientação aos pais em relação ao tratamento a ser executado necessita ser planejada já na primeira consulta e mantida ao longo de todas as etapas almejando uma interação entre todos os envolvidos no processo (Sedlacek et al., 1996).

Colares et al.⁴ (1998) realizaram um estudo na Clínica de Odontopediatria do Hospital Geral em Recife, onde foram entrevistados 60 responsáveis por crianças na faixa etária de 2 a 14 anos. Os principais resultados demonstraram que dos entrevistados, 81,7% afirmaram conhecer qual o tratamento realizado em seus menores. Entretanto, quando questionados sobre qual era o procedimento executado, 51,7% dos responsáveis relataram tratamentos que não correspondiam com a realidade, concluindo-se que, a grande maioria dos pais e/ou responsáveis não entenderam o tipo de tratamento que estava sendo realizado, não estando aptos portanto, a darem o seu consentimento informado.

Toda vez que um diagnóstico é elaborado e um tratamento é recomendado, é importante que o paciente ou seu responsável compreenda e participe de maneira ativa no planejamento das ações e abordagens a serem adotadas. Deste modo, poderá exercer a sua autonomia como cidadão (Oliveira et al., 2004).

Entretanto, é pertinente considerar que muitas vezes o usuário que concorda e consente com as indicações do profissional não está devidamente esclarecido em um processo de consentimento (Zoboli et al., 2002). É fato que, a premissa básica para a tomada de decisão é o entendimento e a compreensão da informação transmitida. Entretanto, estudos têm demonstrado que, apesar de haver um grande interesse dos pacientes em conhecer o tratamento a ser realizado, muitos têm dificuldades em tomar decisões, transferindo a responsabilidade para o profissional (Wanless et al. 1994).

Tal fato pode estar associado ao próprio modelo de assistência ainda vigente no Brasil. Sabe-se que o processo saúde-doença está fundamentalmente estruturado em um modelo paternalista e assistencialista em que o profissional é o detentor do conhecimento e o responsável único pela saúde. Ao paciente, cabe concordar

passivamente com as informações a ele transmitidas (Schouten et al., 2003). Nesse sentido, o paternalismo é inadequado posto que a conduta paternal impõe e silencia decisões autônomas.

Apesar disto, observa-se que pacientes com adequada interação com o profissional se sentem confortáveis com essa situação, abdicando de um direito que lhes é conferido: o poder de decisão (Kottow, 2003). Isso se torna evidente quando nos resultados do presente estudo, apesar de 60,3% dos responsáveis declararem ter participado da decisão de tratamento, apenas 35,6% discutiram as alternativas apresentadas pelo profissional. Por conseguinte, a participação se deu na grande parte dos casos de maneira passiva, através da concordância integral com o profissional. Por outro lado, apenas 39,7% reconheceram não ter participado da decisão do tratamento.

Neste contexto, tem sido observada em várias circunstâncias uma distância substancial entre receber a informação e assumir uma atitude (Schouten et al., 2003).

Ademais, sabe-se que há diferentes representações de poder em uma instituição. Isso se torna de extrema relevância quando se considera o Brasil, país de grandes desigualdades econômico-sociais, e no qual as políticas públicas de saúde reforçam essa distinção entre os indivíduos, traduzindo-se muitas vezes na carência do acesso ao atendimento. "Ser pobre é ser privado de capacidades, é estar constantemente susceptível a sofrer danos, é portanto, tornar-se vulnerável" (Macklin, 2003).

Indivíduos vulneráveis possuem cidadania frágil, baixa auto-estima, sendo tomados por intensa sensação de impotência e perda de capacidade, principalmente frente a situações de tomada de decisão. Neste contexto, torna-se natural a transferência da responsabilidade pela escolha, para o profissional (Kottow, 2003).

Outra questão que deve ser ressaltada refere-se aos diferentes conceitos do que seja a participação na tomada de decisão. O reconhecimento das diferentes concepções e valores necessita ser considerado posto que refletirá na conduta de cada indivíduo frente ao profissional.

CONCLUSÕES

O estudo realizado demonstrou que a maioria dos responsáveis não estava devidamente esclarecida quanto ao procedimento clínico realizado em seu menor. Assumindo uma postura passiva frente à decisão do tratamento, sugere-se que os mesmos

não exerceram de forma satisfatória a sua autonomia.

Contradições e falhas na comunicação profissional-paciente foram observadas. Entretanto, deve-se ressaltar a existência de diversas concepções do que seja efetivamente a tomada de decisão frente a um tratamento, principalmente considerando-se o contexto econômico do indivíduo em particular.

AGRADECIMENTO

Agradecimentos ao CNPq e à CAPES pela concessão das bolsas de pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANEP (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa). Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo; 2003. [Acesso em nov. 30]. Disponível em: <http://www.anep.org.br/m-arquivo.htm>
2. Baú MK. Capacidade jurídica e consentimento informado. *Bioética*. 2000;8(2):285-96.
3. Clotet J. Consentimento informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na prática médica: conceitualização, origens e atualidade. *Bioética*. 1995;3(1): 51-9.
4. Colares V, Rosenblatt A, Aquino A, Silva E. Parents' and guardians' knowledge about their children's dental treatment. *J Dent Res*. 1998;77:701.
5. Fortes PAC. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*. 1994;2(2):129-35.
6. Freitas CBD, Hossne WS. O papel dos Comitês de Ética em Pesquisa na proteção de ser humano. *Bioética*. 2002;10(2):129-46.
7. Garrafa V. Bioética e Odontologia. In: Kriger L. *Promoção da Saúde Bucal*. São Paulo: ABOPREV – Artes Médicas; 1997. p. 467-75.
8. Kottow MH. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: Garrafa V, Pessini L. *Bioética: Poder e Injustiça*. São Paulo: Loyola; 2003. p. 71-8.
9. Macklin R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: Garrafa V, Pessini L. *Bioética: Poder e Injustiça*. São Paulo: Loyola; 2003. p. 59-70.
10. Marchi MM, Sztajn R. Autonomia e Heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuários dos serviços de saúde. *Bioética*. 1998;6(1):39-45.
11. Oliveira ACB, Ferreira CM, Paiva SM, Pordeus IA. Influência da classe econômica na postura dos pais frente o atendimento odontopediátrico. *Rev Odonto Cienc*. 2004;19(43):63-8.
12. Rohlfs WE. Relacionamento profissional/paciente. *Cad bioética*. 1995;3:91-3.
13. Schramm FR. A autonomia difícil. *Bioética*. 1998; 6(1):27-37.
14. Sedlacek P, Luciano RR, Aguiar AS, Tefi-Marcondes WA, Melo LM. Aspectos psicossociais na assistência odontológica ambulatorial ao portador de deficiência mental. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 1996;14(2):65-70.
15. Schouten B, Hoogstraten J, Eijkman MAJ. Patient participation during dental consultations: the influence of patients' characteristics and dentists' behavior. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31:368-76.
16. Tahir MAM, Manson C, Hind V. Informed consent: optimism versus reality. *Br Dent J*. 2002;193(4): 221-4.
17. Wanless MB, Holloway PJ. An analysis of audio-recordings of general dental practitioners' consultations with adolescent patients. *Br Dent J*. 1994; 177(3):94-8.
18. Zoboli ELCP, Massarollo MCKB. Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática da enfermagem. *O Mundo da Saúde*. 2002;26(1):65-70.

Recebido para publicação em: 08/05/2006; aceito em: 04/09/2006.

Endereço para correspondência:

SAUL MARTINS DE PAIVA
Av. Uruguai, 973/402 – Sion
CEP 30310-300, Belo Horizonte, MG, Brasil
Fone: (31)3297-8982
E-mail: smpaiva@uol.com.br