

Investigação de fatores que limitam a autonomia de pacientes do SUS no processo de decisão de sua integridade bucal

Pedro Ivo Duque Artigas¹

Elton Aguiar Oliveira²

Fernando Bastos Pereira Júnior³

Sandra de Cássia Sardinha⁴

Miguel Gustavo Setúbal Andrade⁵

Resumo

O princípio da autonomia prevê que os pacientes tenham direito de aceitar ou recusar qualquer proposta de tratamento para seus problemas de saúde, desde que gozem de sua capacidade intelectual e que o consentimento informado esteja contemplado. Pelo princípio da justiça, todos os pacientes têm acesso aos serviços públicos de saúde, e isso é uma suposição importante para que eles exerçam sua autonomia com plenitude. Nas clínicas de assistência odontológica do Sistema Único de Saúde que oferecem serviços de exodontia, a demanda de atendimento é grande, e não raro incidem pacientes que desejam se submeter insistentemente a uma extração sem que haja indicação biológica desse procedimento. Este trabalho objetivou avaliar, através de metodologia qualitativa, o processo de consentimento informado a que esses pacientes foram submetidos e ainda analisou, dessa forma, se eles estavam gozando de sua autonomia com a plenitude que está prevista pela Bioética durante esse processo de decisão. Observou-se que o princípio da autonomia está profundamente prejudicado por um comprometimento prévio do princípio da justiça. Os pacientes não tiveram opção na escolha de tratamentos, porque não existe oferta além da exodontia. Assim, eles optaram por uma solução mais radical, considerando, não que ela seja a mais correta, mas sim a que está disponível. Constatou-se, dessa forma, a necessidade de se reformatar o espírito de respeito ao paciente na sua plenitude na rede de atendimento do SUS, seguindo pressupostos fundamentais do Princípioalismo.

Palavras-chave: bioética; sistema único.

INTRODUÇÃO

A Bioética e seus princípios de ***beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça*** foram entendidos e absolutamente incorporados pela Odontologia.^{1,2} Atualmente, é crescente a preocupação com a relação entre paciente e profis-

sional, o que confere responsabilidades aos dois como co-autores do tratamento, de maneira tolerante e sob acordo mútuo.^{3,4} Destaca-se o princípio da autonomia na relação entre paciente e cirurgião-dentista, e o paternalismo é preteri-

¹ Graduado em Odontologia pela Fundação Baiana para o Desenvolvimento das Ciências.

² Residente de CTBMF do HGRS - SESAB/FBDC.

³ Doutorando em CTBMF FOP/UPE; Professor de Cirurgia do Curso de Odontologia da FBDC.

⁴ Doutora em CTBMF pela FO/UNICAMP; Professor de Cirurgia da Faculdade de Odontologia da UFBA.

⁵ Doutor em Imunologia - ICS-UFBA; Professor de Cirurgia do Curso de Odontologia da FBDC.

Correspondência para / Correspondence to:

Miguel Gustavo Setúbal Andrade
Avenida Silveira Martins, nº 3386 - Cabula.
41150-100 Salvador-Bahia-Brasil.
Telefax: (71) 2208-5859.
E-mail: miguelsetubal@hotmail.com

do. Entretanto essa preocupação parece estar restrita à rede privada de atendimento, pois é negligenciada pela política do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas clínicas de assistência odontológica conveniadas ao SUS, é grande a quantidade de pacientes que desejam realizar exodontia, mesmo que esse tratamento não esteja indicado. Essa procura insistente pode ser explicada pelo difícil acesso desses pacientes aos bens públicos de saúde, direito que eles têm, segundo a Constituição Federal.⁵ O princípio da justiça, então, está sendo violado.

Tratamentos que objetivem a recuperação e a manutenção das unidades dentárias afetadas na boca não são oferecidos, ou o são em quantidade ínfima. Na maior parte das vezes, tais tratamentos são onerosos e requerem mais tempo de trabalho dos poucos profissionais que ocupam esses postos.⁶ Esses dois fatores refletem a falta de investimento dos setores governamentais em tratamentos conservadores.^{6,7}

Conseqüentemente, a oferta e a demanda de vagas para a realização de exodontia aumentam gradualmente. Quando o paciente, que depende do setor público, procura atendimento, geralmente está sujeito a um quadro álgico agudo e mais facilmente adere a qualquer tratamento disponível. A exodontia é a forma de tratamento menos onerosa para o estado e mais cômoda e prática, ainda que não seja a mais adequada.⁷ O exercício da autonomia não é praticado por falta de atenção ao princípio da justiça.

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi averiguar, através de metodologia qualitativa, o nível de diretriz bioética, identificando e analisando os problemas morais, principalmente à luz do Princípio da Justiça, relativos à decisão de pacientes do SUS quanto à realização de exodontias.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho consistiu num estudo de casos conduzido pelo paradigma construtivista. As entrevistas foram realizadas entre setembro de 2006 e julho de 2007. Foram entrevistados

21 pacientes, adultos, na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial I do Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, Salvador - Bahia.

Foram selecionados para as entrevistas pacientes dependentes e usuários do SUS que apresentavam vontade manifesta de extrair um dente presente no processo alveolar, cuja extração havia sido recomendada por profissional do SUS sem que houvesse indicação biológica precisa para tal.

Os pacientes foram orientados sobre a real situação de seu dente e sobre o tratamento adequado a ser instituído. O protocolo desse levantamento considerou ainda, como critério de inclusão, a aceitação do paciente em ser encaminhado para outras clínicas da faculdade, para que suas necessidades odontológicas fossem devidamente contempladas.

Foi sugerida ao paciente a proposta de manter o dente no arco, até que fossem atendidas suas verdadeiras necessidades, e houvesse a adesão aos protocolos desta pesquisa, através de consentimento informado, reconhecendo que a entrevista foi gravada para posterior transcrição e análise. Todas as entrevistas foram desenvolvidas pelo mesmo pesquisador.

As informações foram coletadas através de questionário semi-estruturado, que incluía 12 perguntas abertas, cujas respostas foram registradas por gravação e posteriormente transcritas na íntegra. A abordagem dos pacientes foi desenvolvida em ambiente de total sigilo e privacidade. Realizou-se um diálogo com o paciente, buscando atender a questões norteadoras, sem, no entanto, limitar-se rigidamente a elas.

As seguintes questões nortearam a entrevista:

- *Por que o Sr (a) deseja extrair o seu dente?*
- *Qual a importância desse dente na boca do Sr (a)?*
- *Onde o Sr (a) foi informado de que esse dente necessitava ser extraído?*
- *Em algum momento conversaram com o Sr (a) sobre o estado de seu dente?*
- *O Sr (a) assinou algum documento autorizando o tratamento e o que informaram sobre este documento?*

- *O Sr (a) acha que esse dente realmente precisa ser extraído?*

- *O Sr (a) procurou outra possibilidade de tratamento para esse dente? Onde? Em serviço público ou privado? Houve imposição de custos?*

- *Por que seu problema não foi resolvido na rede pública de atendimento?*

- *Se o Sr (a) tivesse tido acesso à possibilidade de reabilitar o dente, teria aderido?*

- *Se o Sr (a) extrair esse dente, o que faria com o local desdentado?*

- *Que motivo o (a) levou a buscar atendimento no Curso de Odontologia da FBDC?*

As transcrições das entrevistas foram lidas e interpretadas para a identificação dos problemas éticos apontados, e o conjunto desses problemas formou uma grade temática de análise por tópicos de discussão, baseados nos princípios da Bioética. Foram considerados os princípios da *beneficência*, da *não-maleficência*, da *autonomia*, e da *justiça*.

RESULTADOS

Todos os pacientes que compuseram essa amostra foram encaminhados pela rede básica de atendimento do SUS para a FBDC, com indicação de exodontia de um dente passível de ser restaurado. Na faculdade, após o devido esclarecimento da correta indicação de tratamento para os dentes, os pacientes certificavam-se que a exodontia não era a melhor solução do quadro e optavam pelo tratamento devido. Esses dentes foram recuperados por terapia adequada nas clínicas odontológicas da FBDC, onde ocorreu o seguimento de todo tratamento odontológico desses pacientes.

Uma importante motivação para a exodontia de unidades dentárias comprometidas foi a dor que elas provocavam, ou poderiam provocar. A preocupação com o aparecimento futuro de um quadro mais grave ou a exacerbação de quadro doloroso alavancava a busca pela exodontia. Neste contexto, o tratamento endodôntico era vislumbrado como uma opção de pouca resolutividade. *“Este dente me incomoda muito, começou a doer e outro dia formou um*

abscesso. Tenho medo de, mesmo tratando o canal, criar novo abscesso e ficar pior no futuro”.

Ainda com relação ao tratamento endodôntico, os entrevistados que iniciaram a endodontia em unidades do SUS manifestavam desinteresse em dar continuidade a essa terapêutica. A demora em ter o seu tratamento concluído colaborou na desmotivação. *“Já chega! Não quero fazer canal, pois eu já sofri muito por causa deste dente. Tentei o tratamento lá no posto de saúde, mas não consegui, demora muito. Eu não vou fazer canal, eu prefiro retirar e pronto”.* A reclamação de falta de vagas para atendimento e de grandes filas nos posto da rede pública de atenção foi freqüente. *“As filas, a falta de respeito, está marcado para um dia, aí remarca para outro dia e fica aquela demora”.*

Um caso traduziu a relação entre a dificuldade de inclusão no atendimento, o tempo entre as consultas e a opção pela exodontia. Uma paciente estava em programação para uma cirurgia cardíaca. Seus primeiros molares inferiores, cuja polpa havia necrosado, apresentavam lesão periapical. O cirurgião cardíaco havia solicitado a prévia resolução do quadro infeccioso. A dificuldade de encontrar um centro para realizar a endodontia desses dentes, associada ao tempo de espera entre cada consulta, motivou a extração.

A impotência diante da real necessidade dessa paciente se reflete também na atitude dos cirurgiões dentistas que encaminharam a paciente para realizar a exodontia na FBDC. Eles consideraram que não havia outra possibilidade para as unidades num tempo hábil. *“Preciso extrair o dente para a cirurgia no coração: no posto disseram que precisa ser extraído...O dente estragado tem bactéria e pode causar uma infecção.”*

Em relação à atitude profissional, as informações coletadas evidenciaram que esse contexto de desestímulo e impotência permitiu a fomentação de uma atitude paternalista. O atendimento dos pacientes dessa amostra na rede básica havia sido superficial. Os profissionais não informaram sobre outras possibilidades terapêuticas, e a opção foi decidida pelo dentista. Depois da decisão, os profissionais encaminhavam o paciente para o centro de assistência do-

cente para realizar a exodontia de uma unidade que poderia ser restaurada. ***“No posto de saúde fui informada que o dente precisava ser extraído; conversaram que eu deveria arrancar o dente e não me disseram mais nada. Informaram que iam me transferir e eu achei melhor.”***

Ainda que desejassem extraí-los, os pacientes, por uma questão intuitiva e de autopreservação, reconheciam a importância dos dentes para a saúde. Isso foi um ponto positivo nas entrevistas e constatou-se que as mais sólidas informações que eles tinham sobre a importância dos seus dentes foram transmitidas após o primeiro atendimento na clínica de cirurgia da FBDC. ***“Disseram que o dente estava estragado e não tinha mais o que fazer; só extrair. Só os professores daqui que disseram que podia fazer o canal”.***

Esse processo de orientação do paciente resultou num diagnóstico crítico realizado por esse levantamento. O consentimento informado não foi desenvolvido na plenitude de seu caráter bioético e funcionava meramente como um instrumento legal de autorização para o atendimento. Nenhum paciente tinha consciência sobre a importância do documento que tinham assinado. Os indivíduos entrevistados assinavam para autorizar o tratamento e para, segundo relatos, garantir o atendimento. ***“Assinei um documento lá na clínica, uma ficha. Assinei do lado do dentista, mas não li.”*** Esse relato ilustra também que os profissionais que desenvolveram o processo desconhecem que o consentimento informado se reflete num instrumento para o esclarecimento e orientação do paciente e para sua opção quanto à forma de tratamento que ele julgue adequada para si.

Diante da indicação da exodontia, os pacientes não haviam procurado outra possibilidade de tratamento para os dentes. Eles eram dependentes da oferta de serviços pelo SUS, e os que procuraram, na rede pública, outra opção de tratamento além da exodontia não encontraram oferta de procedimentos. Uma das hipóteses para a falta de oferta de atendimento especializado foi a demanda de profissional habilitado para realização de procedimento. ***“Falaram que não tinha dentista. Disseram para pe-***

gar uma requisição para vir para faculdade”. Aqueles que buscaram a rede particular com o intuito de realizar a exodontia ou outra terapia eram impossibilitados de aderir às propostas por limitações financeiras. As queixas eram de que os trabalhos eram onerosos e incompatíveis com a renda mensal. ***“Não tinha condições de fazer tratamento particular porque eu só faço a faxina de 15 em 15 dias, e mesmo assim o que ganho é pouco.”***

Houve desinteresse por parte dos pacientes em aderir a outra perspectiva de tratamento para reabilitar seu dente. Esse desinteresse expressa o temor de, mesmo na faculdade, não garantirem seu atendimento em clínicas especializadas e o receio de perder a oportunidade da exodontia. A demora para obter uma vaga para tratamento na faculdade também foi um fator importante. Percebe-se, nitidamente, que os pacientes eram impulsionados a solucionar seu problema rapidamente através da exodontia. ***“Se tivesse a chance de tratar o dente, eu não sei se faria. Eu só estava querendo mesmo a extração para não ter que fazer canal. É muito tempo de tratamento.”***

A motivação para extração de unidades dentárias fundamenta-se também em argumentação histórica e cultural. Os pacientes preocupavam-se em reabilitar unidades dentárias perdidas com trabalhos protéticos. A preocupação com a estética, combinada com o interesse em usar próteses totais, também motivou a exodontia. Os pacientes diziam ser a extração e reabilitação protética conjunta a melhor opção de tratamento. O argumento era de que estariam isentos de dor e poderiam mastigar e sorrir com novas próteses. ***“Quero extrair os dentes porque aí eles não me prejudicam mais, não vai doer mais. Vou colocar a dentadura, é melhor que ficar sem dente.”*** Neste contexto, a halitose também se configurou como um motivo impulsionador da exodontia.

DISCUSSÃO

Os problemas éticos que surgiram após leitura e interpretação subjetiva das entrevistas

foram analisados sob quatro eixos temáticos relacionados a tópicos importantes em Bioética. A análise das entrevistas mostrou que o princípio da **beneficência** foi negligenciado. Os pacientes procuraram atendimento na faculdade, já com a indicação de exodontia por profissional da rede básica de atenção, quando, na verdade, após uma avaliação clínica, a extração não era o tratamento a ser realizado. A maioria das unidades com indicação de exodontia poderia ser reabilitada com tratamento adequado, de modo que sua extração não representava um benefício real para o paciente.

Delineia-se a dúvida se o descuido com o princípio da **beneficência** ocorre pela falta, nas unidades públicas de trabalho, de materiais e condições físicas aptas para diagnóstico correto, ou se a avaliação inadequada ocorre pelo desinteresse do profissional envolvido. No serviço público, as condições físicas de trabalho são insatisfatórias, e a falta de materiais prejudica e limita a percepção clínica dos profissionais, acarretando diagnóstico e, conseqüentemente, formas de tratamento incorretas.^{7,8} Faltam, nos postos de saúde, desde materiais de consumo básico até mais específicos e onerosos. Estes, quando existentes, encontram-se ultrapassados. Provavelmente o conjunto desses fatores desestimula e influencia negativamente o dentista.

Outra observação pertinente é a negligência com o correto. Ao invés de pleitearem condições para o exercício das adequadas indicações e de trabalhos de qualidade, os dentistas da atenção básica optam então pela exodontia, o que acaba se configurando como um procedimento cômodo e prático. A conseqüência disso é o volume de indicações impróprias e a flexibilidade do princípio de buscar fazer o bem.⁷

Nas entrevistas, verificou-se que o princípio da **não-maleficência** estava seriamente comprometido. Alguns filósofos ressaltam que a **não-maleficência** deve preceder a **beneficência**, mas acredita-se também que os dois se complementam.⁹ Ao se almejar um, conseqüentemente, obter-se-á o outro. A inquietação em não extrair um dente sem indicação representa o correto benefício e não se incorre em malefício para o paciente.

A preocupação em se indicar a exodontia de um dente passível de tratamento endodôntico como profilaxia para endocardite, por exemplo, ilustra a dificuldade em se perceber o limite da **não-maleficência** e da **beneficência**. O profissional poderia supor que estaria atuando em prol do benefício do paciente enquanto, na verdade, estaria atuando de forma paternalista. Ainda que se prolongasse o tempo até o procedimento odontológico correto, o ideal seria priorizar a saúde bucal. Seguindo o princípio da **não-maleficência**, evitando problemas funcionais futuros, a atitude mais coerente era indicar que aquelas unidades fossem adequadamente reabilitadas. Agrega-se a essa discussão a necessidade de atentar que o Estado deveria estar preparado para fornecer, de forma rápida e eficaz, a esse paciente o recurso de saúde que sua condição demandava.

O princípio da **autonomia** diz respeito ao paciente no conjunto das relações entre paciente e profissional.⁹ Durante muito tempo, essa relação, que se estabelecia no modelo paternalista, era vertical, e o profissional era o detentor do conhecimento e das decisões. Seus atos se justificavam pela possibilidade de estar fazendo o bem sob qualquer hipótese, desconsiderando qualquer dúvida e questionamento do paciente a respeito do seu tratamento.^{7, 8, 9}

Atualmente, a melhor relação bioética estabelece-se num plano de caráter horizontal.⁹ O paciente, democrática e ativamente, participa do tratamento. Ele escolhe conscientemente qual a melhor via terapêutica, juntamente com o profissional que o assiste, que deverá detalhar quais são as alternativas.¹⁰ A decisão, tomada num ambiente de cumplicidade, deve respeitar valores e crenças pessoais de cada parte envolvida.^{7, 8, 11} Dessa forma, o consentimento informado livre e esclarecido desponta como a melhor ferramenta para a condução do processo de decisão.¹¹

Nessa amostra, é possível salientar que o princípio da **autonomia** só foi plenamente exercido no ambiente acadêmico. Na faculdade, os pacientes foram informados sobre as vias terapêuticas e escolheram, por autonomia própria, esperar por um tratamento adequado. Os indi-

víduos dessa amostra estavam carentes de informações e eram recebidos com a noção processada de que somente a exodontia era o tratamento para seu caso. Isso reflete não somente uma questão cultural e tradicional, mas, principalmente, a falta de conhecimento sobre outras possibilidades de tratamento.^{6, 12}

Sabendo-se que a informação é a base de decisões autônomas⁶, é importante que os pacientes, atendidos por profissionais de saúde, quer seja em estabelecimentos de ensino, em setor público ou privado, sejam esclarecidos sobre sua realidade e qual a melhor forma para resolvê-la.¹³ A negação e a omissão desse direito representam desrespeito ao princípio da *autonomia*. O processo de conscientização do paciente sobre suas necessidades deveria ser desenvolvido através da elaboração do consentimento informado livre e esclarecido.¹¹

O consentimento informado assume papel fundamental e essencial para o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas sobre seus problemas de saúde e sobre as formas de tratamento disponíveis.^{2, 8} Após ter sido devidamente esclarecido pelo profissional de modo explícito sobre os riscos e benefícios de cada alternativa terapêutica, o paciente pode usufruir plenamente de sua autonomia.⁸ Quando corretamente elaborado, o consentimento ainda assegura legalmente o profissional de saúde, por representar uma comprovação de que não houve negligência, imprudência e imperícia durante a assistência.^{9,10}

Os pacientes, entretanto, relataram, durante as entrevistas, que assinaram o termo para que o seu tratamento fosse autorizado. Não ficou explícito o que eles realmente estavam assinando e a finalidade daquele documento como método de informação. Questiona-se, portanto, se uma pessoa que é impelida a assinar um documento para conseguir e autorizar atendimento pode verdadeiramente exercer a sua autonomia.

Assim, o consentimento informado foi utilizado, nos postos de saúde e também na faculdade, somente em seu aspecto legal. Seu conceito foi reduzido ao âmbito do termo de autorização para atendimento, um objetivo secundário. Sepultou-se sua característica fundamen-

tal de esclarecimento e envolvimento do paciente com seus problemas e tratamento.

No Brasil, a exclusão social resulta da distribuição desigual de renda. Nesse cenário, o princípio da *justiça* estimula profissionais de saúde a garantir a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios, dos serviços de saúde e do ônus para evitar discriminações e injustiça.^{3,14,15}

Em 1988, a Constituição Brasileira consagra que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.⁵ No intuito de assegurar justiça social, o modelo SUS garante a todas as pessoas acesso universal e gratuito aos seus serviços. Esse sistema de saúde constitui um fator de democratização e distribuição equitativa dos recursos aplicados e disponíveis para toda a população brasileira.^{7, 8, 9,16}

Segundo dados de 2003 do Ministério da Saúde, cerca de 90% da população brasileira é de alguma forma usuária do SUS e somente 8,7% não o utilizam. Para uma parcela de 28,6% dos brasileiros, o único recurso de assistência é o SUS. Cerca de 61,5% utilizam serviços assistenciais do Sistema Único complementado com plano de saúde ou atendimento privado.¹⁶

A não atenção ao direito à saúde, entretanto, é facilmente identificável nas entrevistas, que demonstraram o mau funcionamento de postos e outros serviços mantidos pelo SUS. As falas denunciavam as extensas filas, a falta de vagas para atendimento e a demanda de variadas formas de tratamento nos serviços públicos de saúde. A desmotivação e o não comparecimento dos funcionários ficaram também evidentes nos discursos. Os pacientes encontraram, nos serviços prestados pela faculdade, uma maneira de terem suas necessidades e problemas adequadamente solucionados. Dessa forma, foi notório o elogio à forma, ao interesse e à atenção que lhes era dispensada nessa unidade docente-assistencial.

Ressalta-se ainda que, nas clínicas de assistência odontológica do SUS, freqüentemente ocorrem pacientes com desejo de se submeterem a exodontia, cuja indicação é absolutamente questionável. Essa escolha do paciente tem respaldo nessa grande dificuldade de acesso aos

bens públicos de saúde e, por conseguinte, o significado bioético disso é o sério comprometimento do princípio de *justiça*. A disponibilidade, pelo SUS, de procedimentos que objetivem a restauração dentária e sua consequente manutenção no arco é exígua.⁶

Uma solução pode residir em resgatar funcionários comprometidos e buscar a humanização dos profissionais envolvidos em serviços de saúde pública. O perfil desse profissional deve prever conhecimentos técnicos científicos, responsabilidade solidária, disposição para ouvir e sensibilidade com os problemas do paciente.^{6,8,16} Políticas permanentes de articulação, potencialização de esforços e vontade para o correto funcionamento e prestabilidade do SUS são igualmente necessárias. Sua legislação é absolutamente ética adequando-se ao princípio da *justiça*, ofertando atendimento sem discriminação a todo brasileiro.

CONCLUSÃO

Constatou-se que os pacientes da amostra não conheciam a real condição de sua estrutura dentária. Além do mais, o princípio da *autonomia* esteve profundamente comprometido por um comprometimento prévio do princípio da *justiça*. Os pacientes não tiveram opção para a escolha de tratamentos, porque não existiu oferta e lhes foram omitidas informações sobre seu estado bucal e suas necessidades reais. Dessa forma, eles optaram por uma solução mais extremada, considerando, não que essa fosse a mais correta, mas sim a que poderia ser instituída. Fica, assim, constatada a necessidade de se reformatar o espírito de respeito ao paciente na sua plenitude na rede de atendimento do SUS, seguindo as regras fundamentais do Princípioalismo.

Investigation of factors that limit the autonomy of SUS patients during the decision process of their mouth integrity

Abstract

The principle of autonomy foresees that patients can accept or refuse any proposal of treatment for its health problems, since they enjoy its intellectual capacity and the informed consent is contemplated. According to the principle of Justice, every patient has access to public health services and this is an important statement for they exert their full autonomy. The dental clinics of the Single Health System that offers dental extraction has great patient demand and frequently they insistently desire to submit themselves to a tooth extraction when there is no biological indication of this procedure. This work aimed to evaluate through a qualitative methodology, the process of informed consent that these patients were submitted and still analyzed, by this way, if they were enjoying their autonomy with the fullness that is foreseen by Bioethics when they make such decision. It was observed that the principle of autonomy is deeply compromised by a previous compromising of the principle of justice. The patients did not have option for treatment choice because there is no other alternative supply than extraction, and thus they decided for a more radical option considering not that this was most correct, but the one that was available. In such a way, the necessity of reformatting the spirit of respect to the patient on its fullness was evidenced at SUS net of attendance, according the basic assumptions of the Principle-Based Ethics.

Keywords: Bioethics- Single Health System; Principle-Based Ethics; Tooth extraction- Single Health System.

REFERÊNCIAS

1 PERES, A.S.; PERES, S.H.C.S.; SILVA, R.H.A. Atendimento a pacientes especiais: re-

flexão sobre os aspectos éticos e legais. ***R. Fac. Odontol. Lins***, Lins, v.17, n.1, p.49-53, 2005.

- 2 RUIZ-CALDERÓN, J.M.S. Los principios de la bioética. *Cuad. Bioét.*, Santiago de Compostela, v.4, n.12, p.23-33, 1992.
- 3 CLOTET, J. Porque Bioética? *Bioética*, Brasília, DF, v.1, n.1, p.13-17, 1993.
- 4 DRANE, J.F. Preparación de un programa de Bioética: consideraciones básicas para el programa regional de bioética de la OPS Santiago-Chile. *Bioética*, Brasília, DF, v.3, n.1, p.7-18, 1995.
- 5 BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- 6 GONÇALVES, E.R.; VERDI, M.I.M. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. *Ci. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.3, maio/jun. 2007.
- 7 FRANCESCONI, C.F.; GOLDIM, J.R. Bioética clínica. In: CLOTET, J.; FEIJÓ, A.G.S.; OLIVEIRA, M.G. *Bioética* uma visão panorâmica. Porto Alegre: Ed. PUCRS, 2005.
- 8 RODRIGUES, D.G. *Halitose, sob a luz da bioética* 2003. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Bioética, Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- 9 GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I.; GONÇALVES, P.E. Um olhar bioético pelo Código de Ética Odontológica. *R. Fac. Odontol. Lins*, Lins, v.18, n.1, p. 47-50, 2006.
- 10 ANDRADE, M.G.S. et al. Odontologia e algumas questões bioéticas: o principlismo aplicado ao tratamento dos tumores odontogênicos. *R. Assoc. Bras. Odontol.*, São Paulo, v.11, n.3, p.162-165, 2003.
- 11 VIDAL CASERO, M.C. La problemática del consentimiento informado. *Cuad. Bioét.*, Santiago de Compostela, v.9, n.33, p.12-24, 1998.
- 12 USUAL, A.B. et al. Necessidade sentida e observada: suas influências na satisfação de pacientes e profissionais. *Arq. Odontol.*, Belo Horizonte, v.42, n.1, p.1-80, jan./mar. 2006.
- 13 LEBACQZ, K.; LEVINE, R.J. Informed consent in human research: ethical and legal aspects. In: REICHT, W.T. (Ed.). *Encyclopedia of bioethics*. New York: The Free Press, 1978. v.2, p.751-762.
- 14 BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Principles of biomedical ethics*. 4th.ed. New York: Oxford University Press, 1994.
- 15 GRACIA, D. El enfoque principlista. In: _____. Procedimientos de decision en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991. p.31-37.
- 16 AMORETTI, R. *A bioética na orientação humanizada da assistência à saúde*. Trabalho produzido para a I Jornada de Bioética do GHC, Fundação do Comitê de Bioética do GHC, em 5 de setembro de 2003.

Recebido em / *Received*: 18/10/2007
 Aceito em / *Accepted*: 17/12/2007