

Percepção de Professores, Estudantes e Usuários Acerca de Beneficência em Dois de Cursos de Odontologia de Salvador – Bahia

Professors, Students and Patients' Perception About Beneficence in Two Courses of Dentistry in Salvador - Bahia

Mariangela S. MATOS¹; Robinson TENÓRIO².

1 - Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia-UFBA e EBMSP6 .

2 - Professor Adjunto da Faculdade de Educação-UFBA.

RESUMO

A beneficência é um dos princípios da Bioética que suscita múltiplas interpretações, de modo que é imprescindível entender como ele é elaborado no processo de formação. O objetivo desse estudo foi compreender a partir de qual ponto de vista professores, estudantes e pacientes de dois cursos de Odontologia da Bahia percebem o benefício ao paciente. Trata-se de um estudo de caso múltiplo de abordagem quantitativa e qualitativa. Em ambos os cursos foram aplicados 283 questionários para estudantes que se encontrava em diferentes fases da formação e conduzidas entrevistas não-diretivas para 32 professores de disciplinas que envolviam atividades práticas com pacientes e para 10 usuários das clínicas de ensino. De acordo com os resul-

tados, a noção de benefício ao paciente vai além de se realizar tratamentos clínicos de qualidade. Ainda que para alguns dos professores, alunos e pacientes da pesquisa a beneficência esteja centrada na dimensão técnica da atenção, para a maioria ela passa pela postura ético-humanística do profissional. Para muitos professores, o cumprimento da beneficência prevê o diálogo com os pacientes, a clareza por parte do profissional quanto ao que ele considera ser o melhor para o paciente e a negociação entre ambos.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética, educação superior, relação paciente-profissional.

INTRODUÇÃO

A história da ética médica teve início após a Segunda Guerra Mundial a partir de questionamentos acerca do desenvolvimento técnico-científico, em particular com as pesquisas em seres humanos, após as atrocidades cometidas pelos médicos e cientistas nazistas nos campos de concentração. Esses profissionais foram julgados em 1946 por um Tribunal Militar em Nuremberg e, na seqüência, em 1947, foi elaborada a Declaração de Nuremberg, a qual trouxe uma nova mentalidade de respeito à vulnerabilidade e autonomia das pessoas. Entretanto, esta teve uma repercussão prática limitada, de modo que, em 1964, a Associação Médica Mundial desenvolveu a Declaração de Helsinque como uma proposta de princípios éticos para fornecer orientações aos médicos e outros participantes em pesquisas clínicas envolvendo seres humanos. A partir dessa declaração, regularmente atualizada, deu início à instituição das comissões de ética na pesquisa e ética hospitalar. Em 1978, nos EUA, o Relatório de Belmont define três princípios éticos para a experimentação em humanos: o respeito à pessoa humana, a beneficência e a justiça^{1,2}.

A Bioética, ou ética aplicada à vida, surgiu nos Estados Unidos tendo como precursores Rensselder Potter e André Hellegers, em 1971. Potter assume a Bioética com um sentido marcadamente ecológico, enquanto Hellegers a compreende como uma ética das ciências da vida, particularmente voltada para a dimensão humana³.

Com a emergência da Bioética, o desafio que se coloca para o ensino na área de saúde é que se formem profissionais que dêem conta de acompanhar a complexidade dos progressos tecnológicos, as exigências da sociedade moderna e a conjuntura do mercado de trabalho. As Diretrizes Curriculares Nacionais⁴ para os cursos da área de saúde propõem a formação de um perfil profissional que possua uma sólida formação técnico-científica e ético-humanística. Desse modo, os cursos de odontologia no Brasil vêm buscando introduzir a Bioética em seus currículos.

Ideias, reflexões e análises que ofereçam padrões do que é bom ou ruim e do que é certo ou errado, à luz dos valores morais vigentes, está se tornando parte integrante da formação profissional. A partir deste final de século, advoga-se que somente estarão preparados para o mercado de trabalho os profissionais que conseguirem conciliar uma competente formação técnica com o reconhecimento dos conflitos éticos, análise crítica das suas implicações, senso de responsabilidade e obrigação moral ao tomar decisões relacionadas à vida humana⁵.

Garrafa⁶ (2003) diferencia a ética profissional da bioética. Segundo ele, a primeira é normativa e pauta-se pelo legalismo, enquanto a segunda trabalha com a legitimidade na busca de soluções compartilhadas para os conflitos morais que se dão dentro de diferentes contextos sociais, econômicos e culturais.

Desse modo, Amorim⁷ alerta que uma mudança na formação odontológica pautada na consciência ética não será possível, se

estiver centrada apenas no estudo e reflexões do Código de Ética Odontológico, como ocorre na maioria dos cursos. Segundo a autora, são necessárias reflexões mais complexas e globais, alicerçadas nos princípios da justiça, responsabilidade, respeito e solidariedade.

Avaliando a dimensão ética da formação profissional de graduandos de dois Cursos de Odontologia da Bahia, um público e um privado, Matos e Tenório⁸ (2009) verificaram que os estudantes percebem a importância dessa dimensão na formação acadêmica e quase 100% deles reconhecem que o curso a valoriza. Eles evidenciaram em seus relatos conhecimentos acerca dos princípios da Bioética, reconhecendo que a maioria das disciplinas e dos professores se preocupa com essa dimensão da formação. Os autores afirmam que os valores éticos têm sido incorporados à formação profissional, de modo que o discurso já não é o mesmo do passado e essa mudança é um avanço a ser registrado no ensino odontológico dos cursos analisados.

Existem duas orientações da Bioética, de maneira que a primeira privilegia a autonomia da pessoa singular (microproblemas) e a segunda concentra mais fortemente a sua atenção nos interesses morais coletivos (macroproblemas). Dessas orientações surgem duas perspectivas: a anglo-americana, denominada perspectiva principialista e a européia, conhecida como perspectiva personalista e humanista³.

A perspectiva principialista se direciona ao plano da ética biomédica na qual Beauchamp e Childress (2007) propõem quatro princípios fundamentais como base do raciocínio moral: o princípio da beneficência, o da não-maleficência, o da justiça e o da autonomia³. Os autores propuseram a aplicação do sistema de princípios do Relatório Belmont à área clínico-assistencial, remodelando os três princípios em quatro ao distinguir beneficência de não-maleficência⁹.

O princípio da beneficência esclarece que é obrigação do profissional fazer bem ao outro⁶. Entretanto, a variedade de bens que pode ser alcançada e de males que podem ser evitados para os seres humanos é bastante ampla e complexa, sendo que, em comunidades particulares é possível descobrir quais são, de fato, os vínculos de beneficência estabelecidos, explícita ou implicitamente. Assim, o princípio da beneficência, do ponto de vista conceitual, é altamente subjetivo. Fazer bem ao paciente pode ser percebido sob múltiplos olhares, seja do ponto de vista individual (como cada profissional se insere na profissão) ou coletivo (valores instituídos no histórico das profissões de saúde)¹⁰.

Tiedmann, Linhares e Silveira¹¹ (2005), afirmam que no ensino odontológico o objetivo do atendimento a pacientes nas clínicas deve responder à necessidade de formação e treinamento dos estudantes. Apesar disso, os autores advogam que não se pode excluir o ideal ético de suprir as necessidades de saúde e demandas dos usuários que procuram esse tipo de serviço, bem como a formação humanizada e ética dos profissionais de saúde.

Ao buscar identificar e analisar os problemas éticos que permeiam o atendimento a pacientes numa clínica odontológi-

ca de ensino, Gonçalves e Verdi¹² (2007) afirmam que a prática odontológica é marcada por conflitos éticos e, desse modo, recomendam a busca constante da humanização e do respeito aos princípios éticos na relação paciente-profissional.

Nesse sentido, a emergência da Bioética foi o despertar de uma nova consciência de ser, de um apurado sentido humano, que se interroga: o que devo fazer em face ao que posso fazer? Este questionamento emerge quando as ciências médicas recorrem a todos os meios para alcançar o que consideram desejável para o paciente de um ponto de vista exclusivamente técnico, gerando muitas dúvidas acerca do suposto alcance humanitário de algumas das suas ações terapêuticas³.

Considerando a multiplicidade de interpretações de benefício ao paciente; a ausência de pesquisas que aborde especificamente esse tema em clínicas de ensino; e as inúmeras implicações éticas envolvidas em uma relação terapêutica na qual três sujeitos são protagonistas – o paciente, o aluno e o professor – é pertinente questionar: qual a compreensão desses sujeitos acerca de beneficência? E como os alunos se auto-avaliam com relação ao cumprimento de tal princípio?

Com base nesses questionamentos, é objetivo desse trabalho descrever o perfil dos estudantes e professores; compreender a partir de qual ponto de vista professores, estudantes e usuários de dois cursos de Odontologia da Bahia percebem o princípio da beneficência e analisar como os estudantes se auto-avaliam com relação ao cumprimento de tal princípio.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma parte de um estudo de caso múltiplo de abordagem quantitativa e qualitativa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob o parecer de número 74/2005. Com base na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹³, todos os sujeitos envolvidos assinaram a um termo de consentimento livre e esclarecido, tendo sido resguardada a identificação de todos os participantes.

A pesquisa de campo foi conduzida em dois Cursos de Odontologia da Bahia durante o 2º semestre de 2005. Estes foram selecionados dentre os seis cursos existentes no Estado da Bahia (três públicos e três privados, localizados em Salvador, Feira de Santana e Lauro de Freitas), com a intenção de garantir uma representação de cada instância administrativa, uma pública e uma privada.

Dentre os seis cursos existentes, três eram novos, de maneira que esta condição inviabilizaria a metodologia proposta porque a primeira turma ainda não se encontrava na fase de finalização do curso e porque estes ainda estavam passando por muitos ajustes na sua organização curricular. Dentre os três cursos que atendiam aos critérios de inclusão, dois deles nos possibilitavam uma maior facilidade de entrada em campo, com melhor acesso aos espaços físicos das instituições e aos sujeitos que direta ou indiretamente participaram da pesquisa. Contribuiu ainda para essa escolha o melhor acesso geográfico às sedes dos cursos (ambos em Salvador-Ba), uma vez que, para viabilizar a coleta

de dados do estudo em sua forma mais ampla, a pesquisadora passou um semestre transitando entre os dois cursos.

Os dirigentes dos cursos assinaram um termo de consentimento informado autorizando o estudo. Entretanto, a coordenação do curso privado solicitou sigilo quanto à identificação da instituição e, desse modo, definimos pela não identificação de ambos.

A coleta de dados foi feita por meio da aplicação de 283 questionários para estudantes que se encontravam em diferentes fases da formação e pela condução de entrevistas não-diretivas para 32 professores de disciplinas que envolviam atividades práticas com pacientes e para 10 usuários das clínicas de ensino. Todas as técnicas de coleta dos dados foram procedidas por apenas um pesquisador.

O questionário aplicado para os estudantes foi elaborado com perguntas abertas e fechadas, contemplando as questões da pesquisa em sua concepção ampla. O teste do instrumento foi feito mediante a sua aplicação para 10 estudantes de um dos cursos participantes da pesquisa (o 2º curso encontrava-se em período de férias). Solicitamos que, ao preencherem o questionário, eles registrassem o tempo dispensado, os erros de grafia, as dificuldades de compreensão das perguntas, as críticas e sugestões. Assim, o tempo de preenchimento variou de 20 a 30 min. e, com base nas informações solicitadas procedemos às alterações pertinentes.

A população de referência que respondeu ao questionário auto-aplicável foi representada por todos os estudantes (matriculados no semestre de coleta dos dados) que estavam cursando a primeira disciplina com prática clínico-ambulatorial (Grupo 1 – 4º ou 5º semestres); os que estavam cursando, aproximadamente, a metade dessas disciplinas e aquelas com práticas coletivas (Grupo 2 – 7º e/ou 8º semestres); e os que estavam cursando a última disciplina ambulatorial do curso (Grupo 3 – 9º ou 10º semestres). Essa seleção teve a intenção de proceder a uma análise em diferentes momentos da formação. Assim, dos 337 estudantes que receberam o questionário, 283 – 150 do curso privado e 133 do curso público – (84,0%) fizeram a devolução, sendo que o público apresentou proporção de recusa maior (22,7%) quando comparado ao privado (9,1%).

Além da identificação dos estudantes no que se refere à idade, sexo, motivo da escolha profissional, atividades extracurriculares e disciplinas ou temas de maior interesse no curso, o questionário contemplou duas perguntas-chaves para responder às questões do presente estudo: (1) Um dos princípios da Bioética é a beneficência, segundo a qual existe a obrigação do profissional de saúde fazer bem ao outro. Em sua percepção, o que é fazer bem ao paciente? e, (2) Você se percebe cumprindo o princípio da beneficência?

A análise quantitativa das respostas dos estudantes foi feita no programa estatístico *Epi Info*, versão 6.0, estabelecendo-se uma estatística descritiva (frequência, porcentagem). Procedeu-se, ainda, a uma análise qualitativa das respostas dos estudantes tendo como base a análise de conteúdo temática¹⁴.

A análise da percepção dos professores acerca de beneficência foi feita mediante o emprego de entrevistas não-diretivas. Após o sorteio de um professor representante de cada disciplina com atendimento clínico-ambulatorial ou com práticas coletivas, a amostra foi composta por 32 professores, sendo 16 do curso público e 16 do curso privado. Todos os professores sorteados aceitaram participar da pesquisa.

Para a análise da percepção dos usuários foram conduzidas 10 entrevistas não-diretivas com pacientes – selecionados por sorteio – que estavam sendo atendidos nos ambulatórios da última disciplina de cada curso. Foram sorteados 5 usuários do curso público e 5 do privado.

O registro de ambas as entrevistas foi feito por meio de gravação, sendo estas posteriormente transcritas e interpretadas por meio da análise de conteúdo temática, com base em Bardin¹⁴(1970).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao buscar compreender qual a percepção que estudantes, professores e usuários têm de beneficência, as perspectivas por eles assinaladas para referenciar esse princípio puderam ser agrupadas em três categorias empíricas: as dimensões técnica, humana e ética.

Percepção do estudantes

Dos 283 estudantes que responderam ao questionário, 181 (64%) foram do sexo feminino e 102 (36%) do sexo masculino. Esse resultado revela o processo de feminilização da profissão já destacados em muitos estudos. Em relação à idade, esta variou entre 19 e 38 anos, com idade média de 23,1 anos e um desvio padrão de 2,57, o que revela uma baixa variabilidade na composição da população de referência em relação a essa variável. A idade que mais representou o grupo (moda) foi a de 22 anos.

Mais da metade dos estudantes (188 - 66,9%) exercia algum tipo de atividade externa ao curso – destacadamente atividade física (110 - 41,7%). Seguindo-se a esta, as mais frequentes foram: atividades religiosas (28 - 10,6%) e cursos de idiomas (27 - 10,2%). Do total de estudantes, 103 (36,4%) participaram de trabalhos de pesquisa. Dentre estes a maior participação foi evidenciada entre os estudantes do curso público (77 - 74,8%), comparado aos do curso privado (26 - 25,2%).

Dentre as várias opções de motivos que os conduziram a escolher a Odontologia como profissão, 205 estudantes (81,3%) consideraram o gosto pela área de saúde como o principal motivo, não havendo diferença entre as respostas quando foi considerado o curso de origem (81,0% - Pb e 81,7% - Pv). Para 25 estudantes (9,9%) a escolha foi feita pela possibilidade de tornar-se um profissional autônomo. Os demais (22 - 8,8%) assinalaram outras razões como influência da família, perspectiva de boa remuneração, perspectiva de crescimento profissional, dentre outras.

Buscamos identificar quais foram as disciplinas e temas estudados no curso que tinham despertado maior interesse nos estudantes. Foi possibilitado a eles selecionar seis disciplinas e seis

temas de maior interesse. As disciplinas e os temas registrados foram categorizados em quatro áreas: Básicas, Humanas, Saúde Coletiva e Clínica. O resultado da análise demonstrou uma elevada porcentagem de respostas que evidenciam maior afinidade pelas disciplinas e temas da área clínica (1.263 - 74,8% e 1.156 - 74,4%, respectivamente), com um nível baixo de interesse pelas disciplinas das áreas de Ciências Humanas (14 - 0,8%) e de Saúde Bucal Coletiva (142 - 8,4%). Este resultado é preocupante uma vez que, essas são as duas áreas que de forma mais frequente discutem a Bioética e as relações interpessoais em saúde em ambos os cursos.

Ao buscar compreender qual a percepção que os alunos tinham de beneficência, as perspectivas por eles assinaladas puderam ser agrupadas nas dimensões técnica, humana e ética por serem estas, freqüentemente, mobilizadas para referenciar esse princípio.

Com base nessa categorização, a tabela 1 mostra que, a despeito da maioria dos estudantes considerarem que fazer bem ao paciente perpassa, também, pela dimensão ético-humanística, 32,4% deles afirmaram que fazer bem ao paciente é fazer intervenções técnicas de boa qualidade. Ainda que consideremos essa visão de beneficência limitada, temos que concordar com Tristram¹⁰ (1998) quando este afirma que nenhuma visão particular pode ser estabelecida como moralmente canônica; não existe autoridade moral para impedir que pessoas persigam pacificamente a sua própria visão do que é bom. (Tabela 1)

A análise por grupo é bem interessante porque retratou o que eles estavam vivendo naquele momento da formação para atribuírem os referenciais de beneficência, ou seja, um menor percentual de estudantes do G1 (22,5%) atribuíram referenciais apenas técnicos. Isso pode ser explicado porque nessa primeira disciplina ambulatorial eles são mais estimulados a trabalhar a educação e as relações interpessoais do que os procedimentos técnicos.

Na pesquisa de Nuto *et al.*¹⁵ (2006), uma das maiores preocupações apresentadas pelos estudantes no início das clínicas foi a possibilidade de perder a preocupação que eles tinham com o paciente, ou seja, esquecer as ansiedades, receios e traumas do paciente, banalizando o ato clínico. Essa preocupação procede uma vez que no G2 (auge do aprendizado das técnicas, cursando, em geral, disciplinas que envolvem as especialidades) aumentou para 42,9% o percentual de estudantes que relacionam a beneficência ao referencial técnico. Já os concluintes dos cursos (G3 - 31,8%) flexibilizaram essa noção pela expectativa da proximidade de inserção no campo de trabalho, buscando nesse momento uma compreensão de beneficência que contemplasse outras dimensões também fundamentais para o cumprimento desse princípio, uma vez que eles passam a entender a necessidade da “conquista do cliente”.

De modo geral, as associações entre as dimensões técnica e humana e técnica e ética foram bem evidenciadas nas falas dos estudantes, principalmente entre aqueles do G1 (38,2%) e G3 (29,9%) para a primeira associação. Poucos estudantes (7,4%)

Tabela 1. Distribuição da freqüência e porcentagem das respostas dos estudantes, por população total, curso de origem e estágio de evolução nas disciplinas ambulatoriais, de acordo com a percepção sobre beneficência – Salvador, 2º semestre - 2005.

Percepção de beneficência	Pop. total Freqüência (%)	Público Freqüência (%)	Privado Freqüência (%)	Grupo 1 Freqüência (%)	Grupo 2 Freqüência (%)	Grupo 3 Freqüência (%)
Valor à dimensão técnica (I)	91 (32,4)	48 (36,4)	43 (28,9)	20 (22,5)	36 (42,9)	34 (31,8)
Valor à dimensão humana (II)	16 (5,7)	4 (3,0)	12 (8,0)	9 (10,1)	3 (3,5)	4 (3,7)
Valor à dimensão ética (III)	9 (3,2)	4 (3,0)	5 (3,4)	4 (4,5)	2 (2,4)	3 (2,8)
Valor às dimensões I e II	78 (27,8)	38 (28,8)	40 (26,8)	34 (38,2)	12 (14,3)	32 (29,9)
Valor às dimensões I e III	62 (22,1)	24 (18,2)	38 (25,5)	13 (14,6)	24 (28,6)	25 (23,4)
Valor às dimensões II e III	7 (2,5)	4 (3,0)	3 (2,0)	3 (3,4)	2 (2,4)	2 (1,9)
Valor às três dimensões	7 (2,5)	7 (5,3)	-	1 (1,1)	3 (3,5)	3 (2,8)
Outras	11 (3,9)	3 (2,3)	8 (5,4)	5 (5,6)	2 (2,4)	4 (3,7)
Total	281 (100,0)	132 (100,0)	149 (100,0)	89 (100,0)	84 (100,0)	107 (100,0)

expressaram a noção de beneficência associando as três dimensões simultaneamente; desses, todos são do curso público.

Os vínculos de beneficência os quais unem os indivíduos que desempenham papel de paciente e médico são em parte contratuais; não necessariamente um contrato explícito, mas uma teia de interpretações normalmente implícitas, as quais dão forma a um nexos de compromissos e interpretações¹⁰. Esse trabalho esclarece (também na percepção dos professores e usuários) que esse nexos vai além da noção de se realizar tratamentos clínicos com qualidade, conforme as expressões abaixo revelam:

“É tratá-lo com respeito; proporcionar cuidados especiais não só no procedimento, mas também, no modo de falar e de escutar. Ter paciência e procurar deixar o paciente relaxado” (aluno do curso privado, nº 198, 21 anos, 4º semestre).

“Fazer o possível para ajudar o paciente, proporcionando um tratamento de qualidade, assegurando biossegurança e respeitando a autonomia do paciente” (aluna do curso público, nº 83, 24 anos, 9º semestre).

Ao buscar elucidar qual a autopercepção que os estudantes têm em relação ao cumprimento da beneficência, foi observado que quase a totalidade deles (99,6%) se percebe cumprindo esse princípio. Para entender a razão desse resultado tão elevado, foi necessário fazer uma leitura simultânea da percepção que eles têm desse princípio e como eles se percebem cumprindo o mesmo. Os depoimentos (percepção e cumprimento de beneficência, respectivamente) esclarecem essa interpretação:

“É apresentar tratamento adequado ao caso do paciente, que irá provavelmente trazer resultados favoráveis (...) desde que haja a possibilidade de prover o tratamento adequado, porque por vezes não há recursos para tal” (aluna do curso público, nº 121, 23 anos, 9º semestre).

“Realizar o tratamento adequado e planejado da melhor forma possível (...) procuro fazer da melhor forma possível os tratamentos e de acordo com o que foi planejado” (aluna do curso privado, nº 248, 22 anos, 10º semestre).

Assim, foi observado que em muitas das respostas existe uma correlação entre o que eles compreendem como benefício e o que eles fazem na prática, visando o seu cumprimento.

Percepção dos professores

Os 32 professores encontravam-se em uma faixa etária de 30 a 69 anos, com idade média de 41,9 anos. Destes, 17 são do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Os professores do curso público pertenciam a uma faixa etária maior (30 a 69 anos, com idade média de 46,3 anos) em relação aos do curso privado, os quais se encontravam entre 30 e 53 anos (idade média de 37,6).

O tempo de docência do grupo variou de 3 a 28 anos (média de 11,4). Este tempo, no curso público, era de 4 a 28 anos (média de 17,2), sendo maior do que no privado, que apresentou uma variação de 3 a 19 anos (média de 5,6).

Ao se referirem à noção de beneficência na Odontologia, alguns professores assinalam a sua dimensão conceitual:

“Antes de tudo, é não fazer o mal (...) esse é o primeiro aspecto, tudo que não sirva a maleficência é beneficência.” (Professor do curso público, doutor em Odontologia).

Entretanto, a beneficência tem um sentido maior que o “princípio de não malefício”, uma vez que o princípio da beneficência não comporta apenas o abster-se de prejudicar, mas implica em fazer ativamente o bem e até de prevenir o mal¹⁶. Dessa maneira, muitos professores ampliaram essa noção de benefício:

“... realizar os procedimentos mais adequados àquela situação que ele tá vivendo (...) é difícil debater os princípios de uma forma separada, eu to com vontade de já engatilhar com os outros, eu não consigo muito discutir beneficência sem tá discutindo também autonomia, porque, **muitas vezes, por um esforço de tentar fazer a máxima beneficência, a gente faz a mínima autonomia, o ótimo pra você é isso e a gente acredita mesmo que o ótimo é esse, certo, mas (...) de repente não é o ótimo que ele quer**” (Professora do curso público, mestre em saúde Coletiva).

“O que é fazer o bem? Então se o paciente procura, ele quer algo. Você tem que ver a partir do que é necessário e a partir do que ele quer, vamos dizer assim... nenhum indivíduo é vazio, ele sempre tem algo. **Então, o que é que ele busca? O quê que ele quer? É como se juntasse esse que tá do lado de cá, que sabe as coisas da Odontologia (...) e o paciente, ele vem querendo algo, ele busca algo... mas é um juntar**, não exatamente o que você quer, não exatamente como o outro quer, mas ter aí uma junção disso e conversar, ter uma troca e chegar a algo.” (Professora do curso público, mestre em Odontopediatria).

Fica explícito nesses depoimentos que a beneficência é uma noção muito ampla, e segundo Sgreccia¹⁶ (2002) ela deve sugerir valores de referência e linhas de escolhas operativas. De fato, a beneficência, como citada nessas manifestações, deve ser entendida em ação, ou seja: prevê o diálogo com os pacientes para entender o que ele está compreendendo como o melhor para ele, prevê clareza por parte do profissional quanto ao que ele considera ser o melhor para o paciente e prevê negociação entre ambos.

Dessa forma, é mesmo difícil praticar o princípio de beneficência desarticulado do princípio da autonomia, como chama a atenção um dos relatos acima. Assim, diferente da perspectiva americana que tende a considerar prioritário o princípio da autonomia, Sgreccia¹⁶ (2002) advoga que o princípio do benefício deveria ser posto no vértice, visto que o princípio da autonomia faz parte do benefício e está a seu serviço.

De acordo com a tabela 2, quase a metade dos professores (46,9%) atribuiu valores técnicos e humanísticos a essa noção de benefício e uma porcentagem relativamente alta deles mobilizou apenas a dimensão técnica para referenciá-lo. (Tabela 2)

Esse resultado se aproxima daqueles encontrados para os estudantes, uma vez que essas dimensões também foram as mais referenciadas por eles, embora a dimensão técnica, para os estudantes, tenha sido maior do que a técnico-humanística.

A maioria dos professores (62,5%) percebe o benefício como

Tabela 2. Distribuição da frequência e porcentagem das respostas relativas à percepção dos professores, por curso, acerca de beneficência – Salvador, 2º semestre - 2005.

Cursos	Qualificações para beneficência					Total
	Técnico	Técnico e Ético	Técnico e Humano	Técnico Ético e Humano	Outros	
Público	3	2	7	1	3	16
Privado	5	1	8	1	1	16
Frequência	8	3	15	2	4	32
%	25,0	9,4	46,9	6,2	12,5	100,0

fruto de uma articulação entre as dimensões técnica e ético-humanística. Esse referencial é válido, já que polarizar essa noção, seja apenas na dimensão técnica (25%) ou na dimensão ético-humanística, significa uma simplificação não desejada para atitudes profissionais que envolvem a mobilização de um pensamento complexo.

Alguns professores, ao se reportarem à noção de beneficência, fizeram associações com a maleficência (antes de fazer o bem, o compromisso maior do profissional de saúde é não fazer o mal). Assinalaram que nem sempre é possível alcançar o completo benefício, seja por limitações técnicas ou por limitações econômicas dos pacientes. Nesse sentido, Sgreccia¹⁶ (2002) afirma que “a riqueza infinita da vida moral escapa à possibilidade de armazená-la rígida e esquematicamente nos princípios”, ou seja, a experiência ética não trata de dados matemáticos, ela tem que lidar com situações históricas e com subjetividades, de modo que, mesmo nas consciências mais transparentes, haverá sempre a possibilidade de conflitos nos julgamentos.

Assim, segundo os professores, emerge no cotidiano da profissão e da formação profissional dilemas éticos que envolvem escolhas difíceis, uma vez que fazer o bem, muitas vezes, não significa fazer o melhor tecnicamente disponível e apropriado ao problema em questão, mas fazer o melhor dentro das possibilidades existentes.

“(…) eu vou levar (…) todos os benefícios possíveis e imaginários que eu possa fazer ali naquele meu trabalho (…) pode ter o mal? (…) e aí todo mundo diz: não, não pode. Você vai levar o mal em alguns momentos, você vai mutilar seu paciente em algum momento, mas é um mal que é pra o bem maior que é a vida em alguns momentos, vai mutilar uma mandíbula de um paciente que tá com carcinoma, mas às vezes é pra ele ter a possibilidade do bem maior que é a vida. Então, em alguns momentos quando a gente precisa levar o mal, uma quimioterapia, uma radioterapia que traz seqüelas enormes pro paciente, mas é um mal que é um mal que vai ao bem, o benefício que ele vai receber vai ser superior ao mal que ele tá recebendo.” (Professor do curso privado, mestrando em Deontologia e Odontologia Legal).

“(…) é desejável que sempre se tente fazer o bem, sempre que possível, né, e o que a gente acha que talvez seja o mais complicado pra gente profissional, dentro de uma escola pública é, às vezes, a gente ter que oferecer um determinado tipo de tratamento que pode não ser o mais indicado, ou melhor, pro pacien-

te, em virtude da gente não ter o melhor e de ser mais indicado. Eu acho que talvez esse aspecto seja o que a gente infrinja com mais evidencia o princípio, vamos dizer assim (…) eu acredito que talvez esse seja o principal fator e, às vezes, até esse tipo de conduta se reflita no aluno que a gente tá formando porque, a gente, teoricamente, a gente sabe o que é melhor, e muitas vezes a gente não pode executar o melhor. Então, talvez passe uma idéia errônea pro aluno de que não se deva, não diria que não se deva, eu diria que talvez seria aceitável e permissível não se usar o melhor pra fazer o bem.” (Professor do curso público, doutor em Odontologia).

Quando esses e outros professores trazem essa reflexão da maleficência emerge outra questão que é o erro médico-odontológico, um problema o qual se espera acontecer em unidades de ensino dada à própria condição de aprendiz do estudante. Foi, então, sugerido aos professores que estes comentassem sobre como eles têm lidado com o erro na formação dos estudantes.

De acordo com os relatos analisados foi possível chegar às seguintes interpretações: (1) o erro é percebido como um acontecimento raro seja porque alguns professores acham que têm o controle da situação ou porque, na nossa interpretação, eles minimizam os erros, considerando apenas as situações mais graves; (2) uma conduta comum a todos os professores é a busca de solução imediata para o erro, de modo que o paciente sofra o mínimo de seqüências. Em geral, eles assumem o comando da situação, embora, algumas vezes, o próprio estudante é estimulado a reparar o seu erro quando o paciente aceita e quando ele tem condições técnicas e emocionais de continuar o atendimento; (3) apesar da maioria dos professores conduzir a situação revelando aos pacientes o erro, o que, segundo os princípios da Bioética é o correto fazer, alguns deles agem de forma contrária achando desnecessário comunicar aos pacientes o ocorrido. A justificativa para tal atitude é que a gravidade do erro não é tão grande sendo melhor poupar os estudantes desse constrangimento e preservar a confiança que os pacientes têm neles. Essa é uma questão que merece uma discussão ampla dos professores, uma vez que, no intuito de preservar o estudante, está se dando um exemplo de falta de ética.

A atitude com os estudantes é quase sempre conversar em sigilo, de modo a não expô-los a situações constrangedoras. As reflexões feitas nessas conversas, na maioria das vezes, estão relacionadas aos aspectos técnicos que envolvem o erro, embora alguns professores relataram uma argumentação ética na con-

duta com os pacientes.

Em alguns depoimentos os professores esclareceram a grande dificuldade em lidar com o comportamento ético dos estudantes frente às situações de erro:

“O que choca é a diferença de como recebe, de um aluno pra outro; por exemplo, teve um aluno que ocorreu um incidente, que o aluno ficou arrasado e que a gente chamou a atenção (...) com muito carinho e tem aquele aluno que quando a gente acabou de falar tudo disse assim: “Professor, mas eu achei ótimo porque eu nunca tinha visto uma perfuração”. E o que é que você faz numa situação dessa? Você machucou o outro, você prejudicou o paciente (...) “Ah! Mas eu estou na faculdade pra isso, eu estou na faculdade para aprender, essas coisas tem que acontecer (...) vocês sabem que a responsabilidade é toda de vocês, eu já me informei, já falei até com um advogado porque eu sou só uma aluna, vocês é que são os professores” (...) Não é possível que uma pessoa tenha uma atitude dessa aí. Você vai conseguir dá uma aula de ética pra essa aluna? você vai conseguir dá uma aula de respeito ao paciente pra uma aluna dessa?” (Professor do curso privado, especialista em Endodontia).

Percepção dos usuários

Foram entrevistados 10 usuários, na faixa etária de 16 a 67 anos, sendo 7 do sexo feminino e 3 do sexo masculino.

Ainda que para dois usuários entrevistados a dimensão técnica tenha sido a base para avaliar o benefício, a maioria deles (60%), a exemplo dos estudantes e professores, expressou a noção de beneficência tomando como referência as dimensões técnica e humanística da atenção recebida.

Ao explicitar a beneficência com o referencial técnico, o relato abaixo evidencia o medo da dor e a capacidade do profissional de resolver o seu problema amenizando esse incômodo.

“Fazer por onde ele sinta a mínima dor e o incomodo só tá na dor né? Manusear de maneira que a pessoa sinta menos dor, menos incomodo (...) uma boa anestesia, entendeu agora? Um grampo bem colocado para não ferir a gengiva, né?” (usuário do curso privado, 43 anos, motorista desempregado)

Obviamente que essa é uma habilidade fundamental requerida do profissional, até porque esse é, talvez, um dos maiores problemas de comportamento enfrentado pelos dentistas em sua prática clínica. Entretanto, não é apenas na dimensão técnica que se resolve o medo da dor; muitas vezes, a subjetividade que envolve esse sentimento requer do profissional a mobilização de habilidades comunicativa e afetiva fundamentais para alcançar a confiança e a segurança dos pacientes, de modo a permitir a resolutividade dos seus problemas.

O Cirurgião Dentista qualificado não é apenas aquele que apresenta uma excelente habilidade motora, mas, sobretudo, o que é capaz de desenvolver o respeito e responder às ansiedades do paciente¹¹. De fato, os usuários, em seus depoimentos, evidenciam essa referência ampliada de competência profissional e de benefício ao paciente.

“É tratar muito bem os dentes (...) e tratar você bem, pra mim é isso (...) eu gosto que as pessoas me tratem muito bem. Eu trato as pessoas ótimo, então eu gosto que me tratem também porque não adianta vim para cá cuidar dos meus dentes e ser grossa comigo, entendeu? Nem olha pra gente, só olha pros dentes, não olha pra sua cara, não dá nem um bom dia, não lhe chama pelo nome (...) não pergunta nada sobre você. Como é que você tá. Aí eu acho que não adianta você nem sentar na cadeira.” (usuária do curso privado, 30 anos, dona de casa).

“... além de ter um bom serviço (...) ser descontraído para tirar aquela impressão de que dentista é um bicho de 7 cabeças, é um bicho, é um fantasma (...) trabalhar com mais amor, com mais dedicação para que o paciente saia feliz da sala dele, sem aquela pressão, tensão de que dentista é horrível, aquela maquininha, aquela impressão que dá horror...” (usuária do curso público, 33 anos, estudante do curso técnico de enfermagem).

“Primeiramente, tratar o paciente com cortesia (...) qualquer pessoa gosta de ser recebido bem, né? (...) tratar bem o paciente não pensando no que vai ganhar, é pensando em dar uma boa saúde ao paciente, para que o paciente saia dali com saúde (...) tem que ter os dois, então, tem que ser educado e fazer bem o serviço dele...” (usuário do curso público, 43 anos, motorista oficial da Marinha).

Levar em conta o desejo e a expectativa do paciente pode gerar satisfação. E a melhor maneira de se conseguir isto é escutando o paciente¹⁷. Conforme demonstram os relatos acima, a maioria dos usuários revelou desejar do seu dentista, como referencial de benefício, além de um tratamento odontológico de qualidade, um tratamento pessoal cuidadoso, pautado na confiança, na cortesia, no amor, na dedicação e no desejo de produzir saúde livre de um comportamento mercantilista, que, muitas vezes, permeia a relação paciente-profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Odontologia, sob a ótica dos conceitos bioéticos, encontra-se em um momento de reflexão e discussão que envolve desde a necessidade imperativa de uma sociedade mais justa, a qual confere ao ser humano a dignidade da vida, até a relação profissional-paciente e a orientação do ensino odontológico numa perspectiva mais qualitativa da formação¹⁸.

Nesse sentido, conhecer o referencial de benefício ao paciente na compreensão dos sujeitos envolvidos no processo de formação profissional em Odontologia pode contribuir para tais reflexões. Assim, a noção de beneficência expressa pela maioria dos sujeitos vai além de se realizar tratamentos clínicos de qualidade. Ainda que para alguns a beneficência esteja centrada na dimensão técnica da atenção, para a maioria deles ela perpassa pela postura ético-humanística do profissional.

A quase totalidade dos estudantes se percebe cumprindo o princípio da beneficência. Entretanto, os seus relatos revelaram que esse cumprimento está implicado com a percepção de benefício que eles têm. Este, em muitos casos, se restringe apenas à produção de um tratamento de boa qualidade.

Para muitos professores, o cumprimento da beneficência prevê o diálogo com os pacientes, a clareza por parte do profissional quanto ao que ele considera que é o melhor para o paciente e a negociação entre ambos.

É de fundamental importância estimular os estudantes a compreenderem a dimensão ético-humanística como um referencial na avaliação da competência profissional, uma vez que, de acordo com Pires¹⁸, o Cirurgião Dentista deve encarar seus atos profissionais como parte do campo das relações humanas onde um é competente para assumir a responsabilidade pela cura que lhe é solicitada. Mas lembrando sempre que o outro é uma pessoa autônoma inserida num contexto sócio-econômico-cultural e que, quando bem informada, será capaz de se tornar co-responsável pela tomada das decisões que dizem respeito ao seu benefício, a sua própria vida e a sua dignidade humana.

REFERÊNCIAS

01. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Capacitação para Comitês de Ética em Pesquisa. Brasília: Editora MS; 2006.
02. Primo WQSP, Garrafa V. Estudo bioético da informação sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes com câncer ginecológico e mamário. *Comp Ciências Saúde*. 2007;18(3):237-248.
03. Neve MCP. A fundamentação antropológica da bioética. [periódico na Internet] acesso em: 11/07/2006. Disponível em: <http://www.doutorbusca.com>.
04. Brasil. Resolução CNE/CES 3. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.
05. Azevêdo EES. The teaching of Bioethics: a transdisciplinary challenge. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 1998;2(2):127-138.
06. Garrafa V. Bioética e odontologia. In: Kringer L. (Coord). ABOPREV: promoção de saúde bucal, paradigma, ciência e humanização. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.495-504.
07. Amorim CPC. Nos labirintos da vida: a(bio)ética na formação de odontólogos (a visão de docentes) [Dissertação]. Natal: Centro de Ciências Sociais da Saúde, UFRN; 2002.
08. Matos MM, Tenório RA. A avaliação como instrumento de aperfeiçoamento do ensino em odontologia. In: Lordêlo JAC; Dazzani MV (orgs.). Avaliação educacional: desatando e reatando nós. Salvador: EDUFBA; 2009. p. 123-153.
09. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001. In: Primo WQSP; Garrafa V. Estudo bioético da informação sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes com câncer ginecológico e mamário. *Comp Ciências Saúde*. 2007;18(3):237-248.
10. Tristram EJ. Fundamentos da bioética. São Paulo: Loyola; 1998.
11. Tiedmann CR, Linhares E, Silveira JL. Clínica Integrada Odontológica: Perfil e expectativa dos usuários e alunos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2005;5(1):53-58.
12. Gonçalves ER, Verdi MM. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(3):755-764.
13. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 10 out.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1970.
15. Nuto SS, Noro LR, Gondim AC, Costa ICC, Roncalli A. O processo ensino-aprendizagem e suas consequências na relação professor-aluno-paciente. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):89-96.
16. Sgreccia E. Manual de bioética: I - fundamentos e ética biomédica. 2.ed. São Paulo: Loyola; 2002.
17. Usual AB, Araújo AA, Diniz FVM, Drumond MM. Necessidades sentidas e observadas: suas influencias na satisfação de pacientes e profissionais. *Arq Odontol*. 2006;42(1):65-80.
18. Pires LAG, Cerveira J. A Bioética na Odontologia. *Stomatos* 2003;9(17):7-12.

ABSTRACT

The beneficence is one of the principles of Bioethics that has multiple interpretations, and that is the reason why it is so important to understand how its concept is constructed along the educational process. The objective of this study was to understand from which point of view professors, students and patients of two dentistry courses understand the benefits to the patient. This is a multiple case study and data analysis was made using survey and qualitative methods. Two hundred eighty three questionnaires were applied for the students and non-directive interviews were lead to 32 professors and 10 patients of both

courses. The results show that the notion of benefits to the patient goes beyond carrying through clinical treatments of quality. Although for some professors, students and patients the beneficence is centered in the technical dimension of the attention, for the majority it also passes the ethical-humanistic attitude of the professional. For some professors the fulfillment of the beneficence foresees dialogues with the patients, the professional comprehension about what is best for the patient and the negotiation between both.

KEYWORDS: Bioethics, higher education, dentist-patient relation.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Mariangela Silva de Matos
Rua Senador Theotônio Vilella, 263, Apto 404, Brotas
Salvador - Bahia - Brasil
CEP: 40279-435
E-mail: marismatos@yahoo.com.br
Fones: (71)33581347 – Resid. (71)91984862