

**ASPECTOS BIOÉTICOS NO ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
ANÁLISE DA CONDUTA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA**

**BIOETHICAL ASPECTS ON DENTAL TREATMENT WITH KIDS AND TEENS:
MANAGEMENT ANALYSIS OF PRIMARY CARE SURGEONS DENTISTS**

Raquel Lúcia de Araújo Souza¹, Maria Nayana Tiele de Azevedo¹, José Eudes de Lorena Sobrinho^{2*}, Angélica Falcão Leite³.

¹ Graduanda em Odontologia pela Associação Caruaruense de Ensino Superior e Técnico (ASCES). Av. Portugal, 584, 55016-901 - Caruaru - PE – Brazil.

² Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco, Doutorado em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Professor Assistente IV do curso de Odontologia da Faculdade ASCES.

³ Mestrado em Odontopediatria pela São Leopoldo Mandic, Professora Assistente II da Faculdade ASCES.

*Autor Correspondente: Faculdade de Odontologia - Associação Caruaruense de Ensino Superior e Técnico (ASCES). Av. Portugal, 584, Bairro Universitário- 55016901 - Caruaru - PE – Brasil. Tel.: +55 81996984787/ +558121032000

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar os problemas bioéticos que permeiam o atendimento a crianças e adolescentes. **Métodos:** Este é um estudo observacional, quantitativo, do tipo transversal, cujos dados foram coletados através de formulários com todos os cirurgiões-dentistas que atuam nos serviços de saúde bucal na atenção básica do município de Caruaru – PE. **Resultados:** Observou-se que 97,4% dos cirurgiões-dentistas da atenção básica do município de Caruaru - PE informa aos pacientes infantis e adolescentes sobre o tratamento a ser realizado, porém nem sempre estes possuem autonomia para opinar na tomada de decisões no plano de tratamento, para recusar determinados procedimentos, 86,8% afirmou que apresentavam aos pais/responsáveis opções de tratamento, que os mesmos participavam da formulação do plano de tratamento e poderiam recusar determinados procedimentos. No entanto, 65,8% não possuíam um documento que comprovasse a permissão dos pais para realizar o tratamento. **Conclusão:** Percebeu-se que há alguns efeitos de inclusão da criança no que diz respeito a autonomia de participar sobre a tomada de decisões relacionadas ao plano de tratamento, no entanto prevaleceu a ideia de que essa discussão deve ser realizada entre o profissional e o responsável, visto que de acordo com a legislação a criança não tem o direito garantido de decidir.

DESCRITORES: Bioética. Autonomia Pessoal. Saúde da Criança. Estratégia Saúde da Família. Relações Dentista-Paciente.

ABSTRACT

Objective: Recognize and analyze the bioethical problems that occurs on the children and adolescents attendance. **Methods:** This is an observational study, quantitative, cross-sectional, which data were collected through forms with all dentists working in oral health services in primary care in the city of Caruaru - PE. **Results:** It was observed that 97.4% of dentists from primary care in the city of Caruaru - PE informs children and adolescent patients about the treatment to be performed, but not always they have autonomy to say in decision-making plan treatment, to refuse certain procedures, 86.8% said they give to the parents/guardians treatment options, that they participated in the formulation of the treatment plan and could refuse certain procedures. However, 65.8% did not have a document of proof of parental permission to perform the treatment. **Conclusion:** It was noticed that there are some effects of inclusion of children with regard to autonomy of participate on decision-making related to the treatment plan, however prevailed the idea that this discussion should be held between the professional and parents, since according to the law the child does not have the guaranteed right to decide.

KEYWORDS: Bioethics. Personal Autonomy. Child Health. Family Health Strategy. Dentist-Patient Relations.

INTRODUÇÃO

A bioética começou a ser discutida no início dos anos 70 nos Estados Unidos, onde ganhou espaço por designar um novo âmbito de pertinência em que se relacionam aspectos teóricos e práticos relativos às ações humanas no campo das ciências e técnicas da vida e da saúde. Portanto, sua área de atuação deve ser considerada mais vasta do que a tradicional ética médica, pois está voltada para ações, situações e consequências que podem transformar, de maneira irreversível, a própria estrutura de qualquer ser vivo e seus contextos biológicos¹.

Constitui-se uma área do conhecimento que realiza o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo visão, decisão, conduta e normas morais, das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar. Discute temas que o progresso da ciência possibilitou, tais como transplantes de órgãos, reprodução assistida, clonagem, aborto, eutanásia, pesquisas em seres humanos e em animais². Isso caracteriza a prática bioética como uma ação multifatorial e complexa decorrente da existência de um pluralismo cultural, político e moral na sociedade³.

A necessidade de uma teoria acessível e prática visando orientar os profissionais da saúde ao desenvolvimento de uma conduta ética (ou bioética) deu origem à Teoria Principlista, baseada em quatro princípios que são: a beneficência, a não-maleficência, a justiça e a autonomia¹.

O princípio da beneficência se fundamenta no preceito de fazer o bem e evitar o mal, isto é, maximizar os benefícios e minimizar os riscos potenciais. Está relacionado com a obrigação moral de agir em benefício dos outros, de fazer ou promover o bem, de impedir e eliminar males ou danos que requeiram, e que sejam atendidos os interesses importantes e legítimos dos indivíduos⁴.

A não-maleficência tem importância porque, muitas vezes, o risco de causar danos é inseparável de uma ação ou procedimento que está moralmente indicado. De acordo com este princípio, o profissional de saúde tem o dever de não causar mal e/ou danos ao seu paciente⁵. O princípio da não maleficência consiste em não promover dano a alguém, ou seja, em evitar danos, e mesmo que um ato não beneficie, pode ser eticamente positivo desde que não cause danos⁶.

O conceito de justiça, do ponto de vista filosófico, tem sido explicado com o uso de vários termos que são interpretados como um modo justo, apropriado e equitativo de tratar as pessoas em razão de algo que é merecido e/ou devido a elas. Esses critérios de merecimento ou princípio de materiais de justiça devem estar baseados em algumas características capazes de tornar relevantes e justo este tratamento⁵.

Quanto ao princípio da autonomia, diz respeito à liberdade do indivíduo, ao domínio de si, ou seja, a capacidade da razão de impor os próprios interesses às instâncias da natureza humana. Diante disso, o respeito à autonomia pressupõe que cada pessoa tem o direito de dispor de sua vida da maneira que melhor lhe agrade, escolhendo pelo seu bem-estar até que sua existência se torne subjetivamente insuportável⁷.

Com isso, na interação com o seu paciente, o cirurgião-dentista deverá utilizar a bioética “prática” como um referencial, por meio de seus princípios éticos, principlistas, pelos quais o paciente poderá estar exercendo a sua autonomia, por meio da exposição dos seus desejos e expectativas ao profissional frente ao tratamento odontológico que ele irá se submeter. Essa autonomia adquirida pelo paciente o passa em uma posição ativa frente ao tratamento, ou seja, tornando-se responsável e colaborador juntamente com o profissional da sua própria saúde. O profissional ao realizar um planejamento clínico do paciente, deverá expor a ele todas as alternativas com seus riscos e benefícios que competem ao caso, não omitindo informações³.

Portanto, tratando-se de pacientes infantis, a interação do profissional com a criança de uma forma adequada aos níveis de capacidade de entendimento destas permite o respeito ao princípio ético da autonomia, no limite da capacidade de autodeterminação da criança. Além

disso, os pais ou os responsáveis merecem atenção do profissional, pois o estabelecimento de um acordo com os mesmos é importante para que o tratamento dos menores seja bem-sucedido^{8,13}.

Dessa forma, é importante refletir sobre as implicações bioéticas envolvidas na relação terapêutica entre os cirurgiões-dentistas e os pacientes considerados incapazes de ter autonomia e questionar aos cirurgiões-dentistas: Qual a autonomia do paciente durante o atendimento odontológico? O paciente tem participação nas decisões relativas ao seu tratamento? Tais pacientes podem recusar determinados procedimentos? Frente a essas questões, esse estudo se propõe a identificar e analisar os problemas bioéticos que permeiam o atendimento a crianças e adolescentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo observacional, quantitativo, do tipo transversal, realizado com todos os cirurgiões-dentistas que atuam nos serviços de saúde bucal na atenção básica do município de Caruaru – PE, totalizando 38 sujeitos, sendo excluídos os profissionais vinculados aos serviços secundários e terciários de saúde bucal do município de Caruaru – PE e os que atuam em serviços privados.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de formulário, elaborado pelos pesquisadores, sobre questões bioéticas que permeiam o atendimento a crianças e adolescentes até 18 anos.

Os dados foram analisados descritivamente através de distribuições absolutas e percentuais e foram analisados inferencialmente para verificar associação entre variáveis categóricas através do teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher. A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha Excel e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foram o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 23.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Caruaruense de Ensino Superior - ASCES, sob parecer nº 1.381.279.

RESULTADOS

Em relação ao perfil sócio-demográfico dos cirurgiões-dentistas, as faixas etárias mais frequentes foram: 31 a 40 anos (34,2%), 41 a 60 anos (31,6%) e de 20 a 30 anos (26,3%); a maioria era do sexo feminino (76,3%), possuía mais de 6 anos de formação (68,4%) e curso de Especialização (68,4%) e aperfeiçoamento (44,7%). 63,2% dos profissionais atuavam na Atenção Básica há mais de 6 anos.

A maioria respondeu que informa à criança e ao adolescente sobre o tipo de tratamento que será realizado (84,2% e 97,4%, respectivamente), e que estes, ao terem conhecimento sobre o plano de tratamento, podem recusar determinados procedimentos: 63,2% quando crianças e 81,6% quando adolescentes. Porém, 60,5% responderam que não há participação das crianças e adolescentes na decisões do tratamento odontológico, sendo as duas justificativas mais citadas por eles não participarem da decisão: “Quem deve participar é o responsável e o dentista” (66,7%) e “Não tem autonomia” (37,5%) (tabela 1).

Quando questionados sobre a idade a partir da qual as crianças ou adolescentes possuem autonomia suficiente para participar das decisões no tratamento, a faixa mais frequente foi 7 a 9 anos (36,8%), seguidas de 13 a 17 anos (26,3%), 10 a 12 anos e com 18 anos ou mais cada um com 18,4% dos participantes (tabela 1).

Dos resultados contidos na Tabela 2 é possível verificar que a maioria (97,4%) respondeu que informa ao pai/responsável sobre o tipo de tratamento que será realizado na criança/adolescente. A maioria respondeu negativamente à questão: “O PSF no qual trabalha possui algum documento a ser assinado pelos pais/responsáveis, autorizando o tratamento da criança/adolescente?” (65,8%) e deste percentual, 55,5% correspondeu aos que afirmaram que o pai/responsável autorizava o tratamento ou técnica de outra forma verbal e 10,5% que o pai/responsável não autorizava.

A maioria afirmou que costuma apresentar opções de tratamento aos pais/responsáveis (97,4%) e que estes, quando tem conhecimento sobre o plano de tratamento, podem recorrer determinados procedimentos que serão realizados em seu filho(a) (94,7%). A maioria também afirmou que o pai/responsável participa das decisões no tratamento odontológico de seu filho(a) (86,8%). Dos que responderam que o pai/responsável não participa das decisões no tratamento odontológico de seu filho, três justificaram que o responsável não possuía conhecimento suficiente, os demais afirmaram que responsável não foi consultado e o responsável não teve interesse.

A maioria (60,5%) citou que, geralmente, os pais/responsáveis cooperam para a melhoria da saúde bucal de seus filhos e dos 15 que responderam que eles não cooperam os motivos foram: “Coloca o dentista como castigo para a criança” (8), “Possui mais medo de dentista do que a criança” (2) e “Outro motivo” (7).

76,3% dos cirurgiões-dentistas afirmaram que os pais/responsáveis estão presentes durante o atendimento de seus filhos(as), sendo que isto colabora no atendimento para 81,6%. A relação dos motivos por que recomenda a permanência dos pais/responsáveis dentro da sala de atendimento durante o tratamento do seu filho mais citados foram: “Para minha segurança profissional” (72,4%), “Diminuição do medo da criança” (65,5%) e “Para casos de emergência/acidentes” (27,6%).

Ao realizar o estudo da associação entre o tempo de formado com as questões relacionadas ao atendimento infantil na Atenção Básica, não foram registradas associações significativas ($p > 0,05$). Entretanto, se destaca que a maior diferença percentual ocorreu na demanda razoável de adolescentes, com valor mais elevado entre os que tinham até 6 anos de atuação na Atenção Básica (71,4% x 37,5%).

DISCUSSÃO

O termo “bioética” significa, literalmente, “ética da vida”. O vocábulo Bios está relacionado com o desenvolvimento observado nas ciências da vida, tais como medicina, biologia, ecologia, entre outros. Já o vocábulo Ethos busca trazer à consideração os valores implicados nos conflitos da vida⁹.

Maluf et al.¹⁰ afirma que uma das principais preocupações atuais da bioética trata exatamente da relação entre o profissional de saúde e do paciente no que concerne o uso do poder – adquirido pelo saber – de um em detrimento da liberdade do outro. É necessário que o

profissional saiba administrar esse poder de maneira a não interferir na individualidade de seu paciente.

O atendimento infantil na Estratégia Saúde da Família (ESF) está em destaque nesse trabalho. Pela análise da tabela 1, observa-se que 84,2% dos cirurgiões-dentistas entrevistados informam sobre o tipo de tratamento que será realizado a crianças, e 97,4% aos adolescentes. A comunicação é chave para qualquer relacionamento satisfatório, sendo fundamental para a interação com o profissional. O consentimento trata-se de um elemento característico, não sendo apenas uma doutrina legal, mas também um direito moral do paciente¹¹⁻¹³.

Quando questionados se a criança pode recusar alguns procedimentos, 63,3% disseram que sim, e com os adolescentes esse percentual alcançou 81,6%. Em relação à tomada de decisões no tratamento odontológico, 39,5% responderam que as crianças poderiam intervir, e 36,8% responderam que os adolescentes poderiam intervir. Aqueles que responderam que crianças (60,5%) e adolescentes (63,2%) não poderiam intervir na tomada de decisões do tratamento odontológico, informaram que quem deve participar são os pais e o dentista (42,1%), que nestas faixas etárias eles não possuem autonomia (15,8%), que não são cooperativos (7,9%), e outro motivo (5,3%).

Jackson et al.¹⁴ afirmam que umas das formas de facilitar a aquisição de estratégias de enfrentamento da situação dentro do contexto do tratamento odontológico, tem sido valorizado a participação do paciente no processo de tomada de decisões nos tratamentos. Evidenciamos no nosso trabalho que essa prática ainda não foi totalmente incorporada pelos profissionais da área de odontologia. Provavelmente, as condições específicas de tratamentos e serviços odontológicos apresentem ainda certas dificuldades para que ocorra a incorporação dos conhecimentos em psicologia da saúde aplicada na odontologia, apesar de toda a história de produção científica e tecnológica que seja comum entre estas duas áreas. Presume-se que a criança que tem participação ativa nas decisões durante o tratamento odontológico obtém controle, ou, pelo menos, aprende a observar os eventos que estão relacionados a procedimentos invasivos de modo que se ajuste as exigências específicas do tratamento. A participação de pacientes pediátricos, ouvindo e respeitando suas opiniões, é capaz de promover uma maior autonomia para as crianças. Entretanto, a decisão final é responsabilidade do profissional que deverá estar atento aos interesses imperativos da promoção de saúde do paciente^{1,15-18}.

No que diz respeito a autonomia que crianças e adolescentes possuem para tomarem decisões, 36,8% dos cirurgiões-dentistas afirmaram que a idade ideal seria de 7-9 anos, 26,2% afirmaram que a idade ideal era de 13 a 17 anos, 18,4% optaram pela idade de 10 a 12 anos e 18,4% informaram que a idade ideal seria acima de 18 anos.

Coa et al.¹⁹ apresenta que a criança desenvolve o aprendizado e a autonomia em vários estágios. Por volta dos 6 aos 11 anos de idade, é capaz de operar o pensamento concreto, estendendo-o à compreensão do outro e às consequências de boa parte de seus atos. Na adolescência, esse amadurecimento se completa com a capacidade de abstração. A partir dos 15 anos, o adolescente atinge as competências necessárias para o exercício da sua autonomia de forma plena, cabendo às pessoas envolvidas no processo de socialização no desenvolvimento de sua autonomia. De acordo com Bricher²⁰, a idade ideal em média em que a criança se torna competente para tomar decisões é de 10,6 anos, pois nessa idade já são capazes de promover autodeterminação. Embora o adulto não considere a opinião da criança na tomada de decisões, fica em questão de que se a criança não tem oportunidade de fazer escolhas então não poderia se tornar um adulto capaz de tomar decisões.

Em análise da tabela 2, 97,4% dos cirurgiões-dentistas afirmaram que informavam aos pais/responsáveis sobre o tipo de tratamento a ser realizado em seus filhos, 97,4% afirmaram que costumam apresentar opções de tratamento, 86,8% informaram que os pais/responsáveis participavam das decisões do plano de tratamento, e 94,7% afirmaram que os mesmos poderiam recusar determinados procedimentos. Os que responderam que os pais/responsáveis não participavam nas decisões de tratamento de seus filhos (13,2%), afirmaram que os motivos era que o responsável não possui o conhecimento suficiente (n=3), o responsável não é consultado (n=1) e o responsável não teve interesse (n=1).

Tratando-se de pacientes menores de 18 anos, cuja autonomia, ou seja, o direito de consentir ou de recusar o tratamento ultrapassa o paciente, reflete-se sobre os pais ou os responsáveis. Assim, os pais e os responsáveis merecem atenção do profissional, pois o estabelecimento de um acordo com os mesmos é importante para que o tratamento dos menores seja bem-sucedido. A função do dentista é recomendar o tratamento. Se os pais solicitam um tratamento para o qual o profissional não é o indicado, o dentista não possui obrigação de realizá-lo^{3,21}.

Quando questionados se na ESF o qual trabalhavam possuía algum documento a ser assinado pelos pais/responsáveis autorizando a realização do tratamento, 65,8% afirmaram que não, e destes 55,3% realizavam acordo verbal, e 10,5% não realizavam nem o acordo verbal. O crescente número dos processos judiciais, geralmente ocorre devido à falta de informação ao paciente, tornando-o litigioso. Dessa forma, é essencial deixar claro quais são os objetivos esperados com o final do tratamento, quais serão os benefícios funcionais e qual a melhora que o tratamento escolhido irá proporcionar para a estética dentária e facial²². De acordo com Silva et al.²³, visando resguardar ambas as partes na prestação de serviços odontológicos, o Código de Defesa do Consumidor determina que o plano tratamento odontológico seja propriamente assinado pelo paciente antes de se iniciar a realização dos procedimentos terapêuticos necessários.

Quanto à cooperação dos pais/responsáveis na melhoria da saúde bucal de seus filhos, 60,5% de seus filhos afirmaram que os mesmos cooperam, e dos 39,5% que afirmaram que não cooperam, o motivo disso é que o pai coloca o dentista como castigo para a criança (53,3%), o pai possui mais medo de dentista do que a criança (13,3%) e por outro motivo (46,7%). De acordo com alguns estudos, os hábitos e o conhecimento dos pais a respeito da saúde bucal aparentemente influenciam o estado da mesma de seus filhos. Crianças que possuem maus hábitos são mais susceptíveis a desenvolver a cárie dentária quando comparadas às que possuem hábitos favoráveis. Além disso, a baixa condição socioeconômica da família e os hábitos de higiene oral inadequado dos pais contribuem também para desenvolver a cárie dentária. Do mesmo modo, outros fatores, tais como o sexo e variados níveis de influência, incluindo as dimensões de desenvolvimento e temporais, podem ser observados.²⁴⁻²⁹

Em relação a permanência dos pais/responsáveis durante o atendimento de odontológico de seus filhos, 76,3% afirmaram que o pais estão presentes, 81,6% afirmaram que a presença dos pais/responsáveis colabora para o atendimento de seus filhos, 76,3% recomendam a sua permanência deles no consultório odontológico devido a segurança profissional (72,4%), diminuição do medo da criança (65,5%), para casos de emergências/acidentes (27,6%) e por outros motivos (24,1%). Os responsáveis e a família apresentam uma forte influência na introdução, no aumento ou na redução do medo e da ansiedade nas crianças, por causa de experiências próprias, podendo dessa forma favorecer ou desfavorecer o tratamento. Poucos profissionais preferem a presença da mãe durante o

atendimento. Os argumentos daqueles que não aceitam a presença materna no decorrer da consulta é de que deixam as crianças alteradas e interferem no relacionamento entre o profissional e o paciente. No entanto considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente e a legislação o responsável tem o direito de acompanhar o menor³⁰⁻³¹.

CONCLUSÃO

Observou-se que 97,4% dos cirurgiões-dentistas da atenção básica do município de Caruaru - PE informam aos pacientes infantis e adolescentes sobre o tratamento a ser realizado, porém nem sempre estes possuem autonomia para opinar na tomada de decisões no plano de tratamento, para recusar determinados procedimentos. Além disso, grande parte dos cirurgiões-dentistas 86,8% afirmaram que apresentavam aos pais/responsáveis opções de tratamento, que os mesmos participavam da formulação do plano de tratamento e poderiam recusar determinados procedimentos. No entanto, boa parte dos dentistas 65,8% não possuíam um documento que comprovasse a permissão dos pais para realizar o tratamento. Os dentistas também informaram a permanência dos pais/responsáveis podem colaborar para o atendimento de seus filhos em situações de segurança profissional, para diminuir o medo da criança e para casos de emergência/acidentes.

No dia-a-dia dos cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia Saúde da Família, é importante incentivar a opinião das crianças e dos adolescentes, devendo reconhecer a situação pode deixá-la ansiosa. A realização de atendimentos em horários flexíveis e a empatia por parte do profissional faz com que a criança e ao adolescente sintam-se como um sujeito e não como um objeto. Apesar de que a tomada de decisões do tratamento é realizada pelo profissional e pelos responsáveis, visto que de acordo com a legislação a criança não tem o direito garantido de decidir, evidencia-se que o estímulo para que comunique seus desejos e seus sentimentos deve ser incentivado tanto no serviço público como no privado. A partir do momento em que a criança é levada em consideração ocorre um relacionamento satisfatório entre dentista/criança e dentista/pais.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declararam que não houve conflito de interesse.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores afirmaram que não houve fontes de financiamento ou suporte.

REFERÊNCIAS

1. Machado MS, Nagano HCM, Silva JYB, Bosco VL. Participação dos Pais na tomada de decisões no atendimento odontológico de seus filhos. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2009; 21(1): 38-47.
2. Galvão RCD, Silva LMM, Matos FR, Santos BRM, Garbin HC, Freitas RA. A Importância da Bioética na Odontologia do século XXI. Odontologia Clínica-Científica, Recife 2010; 9(1): 13-18.
3. Garbin CAS, Garbin AJI, Gonçalves PE, Serra MC, Fernandes CS. Bioética e odontologia. Revista Brasileira de Ciências da Saúde 2006; 10(1): 93-98.

4. Santos LR, Leon CGRMP, Funghetto SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 16(1): 855-863.
5. Loch JA. Princípios da bioética. IN: Kipper DJ. (editor) *Uma Introdução à Bioética. Temas de Pediatria Nestlé* 2002. p. 12-19.
6. Sauwen RF, Hryniewicz S. O direito “in vitro” da bioética ao biodireito. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2008.
7. Vasconcelos MF, Costa SFG, Lopes MEL, Abrão FMS, Batista PSS, Oliveira RC. Cuidados Paliativos em Pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros. *Ciência e Saúde Coletiva* 2013; 18(9): 2559-2566.
8. Ramos DLP, Pupilaksis NV. A vulnerabilidade das crianças no atendimento odontopediátrico: considerações bioéticas. *Revista Paulista de Odontologia* 2011; 33(4).
9. Nicolielo AP, Monteiro CZ, Asumpção MT, Lopes-Junior C, Silva RHA, Peres AS. A importância da bioética nas pesquisas em fonoaudiologia. *Arquivos Ciências da Saúde* 2005; 12(4): 200-205.
10. Maluf F, Carvalho GP, Diniz Júnior JC, Bugarin Junior JG, Garrafa Vi. Consentimento livre e esclarecido em odontologia nos hospitais públicos do Distrito Federal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2007; 12(6).
11. Corrêa MSNP. *Odontopediatria na 1.ª Infância*. São Paulo: Santos, 1998.
12. Clotet J. O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. *Bioética* 1995; 1: 51-59.
13. Garbin CAS, Mariano RQ, Machado TP, Garbin AJI. Estudo Bioético Das Relações Humanas No Tratamento Odontológico. *UNIMEP • Universidade Metodista de Piracicaba* 2002; 14(1).
14. Jackson C, Cheater FM, Reid I. A systematic review of decision support needs of parents making child health decisions. *Health expect* 2008; 11: 232-51.
15. Piko BF, Kopp MS. Paradigm shifts in medical and dental education- Behavioural sciences and behavioural medicine. *Eur j dent educ* 2004; 8: 25-31.
16. Costa Jr AL. Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In: Dessen MA, Costa Junior AL (org.) *A ciência do desenvolvimento humano*. 1ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 2005. p. 171-89.
17. Twycross A, Gibson F, Coad J. Guidance on seeking agreement to participate in research from young children. *Paediatr nurs* 2008; 20: 14-8.

18. Rocha RASS, Rolim GS, Moraes ABA. Inclusão de Crianças na Escolha de Estratégias de Manejo Comportamental em Odontopediatria. *Sau. & Transf. Soc* 2016; 6(1): 87-101.
19. Coa TF, Pettenfill MAM. Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediatra. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo 2006; 19(4).
20. Bricher G. Children in the hospital: issues of power and vulnerability. *Pediatric Nursing Journal* 2000; 26(3): 277-288.
21. Griffen AL, Schneiderman LJ. Ethical issues in managing the noncompliant child. *Ped. Dentistry* 1992; 14(3).
22. Paranhos LR, Salazar M, Ramos AL, Siqueira DF. Orientações legais aos cirurgiões-dentistas. *Revista Odonto* 2007; 15(30).
23. Silva RF, Prado MM, Rodrigues LG, Picoli FF, Franco A. Importância Ético-Legal E Significado Das Assinaturas Do Paciente No Prontuário Odontológico. *RBOL* 2016; 3(1):70-83
24. Mattila ML, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, Helenius H, et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *Acta Odontol Scand* 2005; 63:73-84.
25. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health* 2004; 21:102-11.
26. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:274-9.
27. Källestål C, Wall S. Socio-economic effect on caries. Incidence data among Swedish 12-14-year-olds. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:108-14.
28. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, et al. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12:101-8.
29. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr* 2013; 89(2):116-123.
30. Araújo SM, Silveira EG; Mello LD; Caregnato M; Dal'Asta VG; Ponto de vista dos pais em relação a sua presença durante o atendimento odontológico de seus filhos. *Salusvita* 2010; 29(2) 17- 27.

31. Felix LF, Brum SC, Barbosa CCN, Barbosa O. Aspectos que influenciam nas reações comportamentais de crianças em consultórios odontológicos. Revista Pró- UniverSUS 2016; 07 (2): 13-16.

TABELAS

Tabela 1 – Avaliação das questões bioéticas referentes ao paciente infantil no PSF

Variável	n	%
TOTAL	38	100,0
• Informa a criança sobre o tipo de tratamento que será realizado?		
Sim	32	84,2
Às vezes	6	15,8
• Informa ao adolescente sobre o tipo de tratamento que será realizado?		
Sim	37	97,4
Não	1	2,6
• Quando a criança tem conhecimento sobre o plano de tratamento, ele(a) pode recusar determinados procedimentos?		
Sim	24	63,2
Não	14	36,8
• Quando o adolescente tem conhecimento sobre o plano de tratamento, ele(a) pode recusar determinados procedimentos?		
Sim	31	81,6
Não	7	18,4
• A criança participa das decisões no tratamento odontológico?		
Sim	15	39,5
Não	23	60,5
• O adolescente participa das decisões no tratamento odontológico?		
Sim	14	36,8
Não	24	63,2
• Se não participa, por quê? ^(1, 2)		
Quem deve participar é o responsável e o dentista	16	66,7
Não tem autonomia	6	37,5
Não é cooperativo	3	12,5
Outro motivo	2	8,3
• Na sua opinião, a partir de qual idade as crianças ou adolescentes possuem autonomia suficiente para participar das decisões no tratamento?		
7 a 9 anos	14	36,8
10 a 12 anos	7	18,4
13 a 17 anos	10	26,3
Com 18 anos ou mais	7	18,4

(1): Considerando que um pesquisado tenha escolhido mais de uma resposta, registra-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total. Com base nos 24 que responderam não à questão anterior.

Tabela 2 – Avaliação das questões bioéticas referentes aos pais/responsáveis

Variável	n	%
• Informa ao pai/responsável sobre o tipo de tratamento que será realizado na criança/adolescente?		
Sim	37	97,4
Às vezes	1	2,6
• O PSF no qual trabalha possui algum documento a ser assinado pelos pais/responsáveis, autorizando o tratamento da criança/adolescente?		
Sim	13	34,2
Não	25	65,8
• Se não, o pai/responsável autoriza o tratamento ou técnica de outra forma (verbal)?		
Sim	21	55,3
Não	4	10,5
O PSF possui documento de autorização	13	34,2
• Costuma apresentar opções de tratamento aos pais/responsáveis?		
Sim	37	97,4
Não	1	2,6
• Quando o pai/responsável tem conhecimento sobre o plano de tratamento, ele pode recusar determinados procedimentos que serão realizados em seu filho(a)?		
Sim	36	94,7
Não	2	5,3
• O pai/responsável participa das decisões no tratamento odontológico de seu filho(a)?		
Sim	33	86,8
Não	5	13,2
• Por qual motivo não participa nas decisões do tratamento do seu filho?		
O responsável não possui conhecimento suficiente	3	7,9
O responsável não foi consultado	1	2,6
O responsável não teve interesse	1	2,6
Participa	33	86,8
• Geralmente, os pais/responsáveis cooperam para a melhoria da saúde bucal de seus filhos?		
Sim	23	60,5
Não	15	39,5
TOTAL	38	100,0
• Por qual motivo não cooperam para a melhoria da saúde bucal seu filho?⁽¹⁾		
Coloca o dentista como castigo para a criança	8	53,3
Possui mais medo de dentista do que a criança	2	13,3
Outro motivo	7	46,7
BASE⁽¹⁾	15	
• Com que frequência os pais/responsáveis estão presentes durante o atendimento de seus filhos(as)?		
Sim	29	76,3
Às vezes	9	23,7
TOTAL	38	100,0

(1): Considerando que um pesquisado tenha escolhido mais de uma alternativa, registra-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

Continuação da Tabela 2

Tabela 2 – Avaliação das questões bioéticas referentes aos pais/responsáveis

Variável	n	%
• A presença dos pais/responsáveis no PSF colabora no atendimento de seus filhos?		
Sim	31	81,6
Às vezes	1	2,6
Não	6	15,8
• Recomenda a permanência dos pais/responsáveis dentro da sala de atendimento durante o tratamento do seu filho?		
Sim	29	76,3
Às vezes	1	2,6
Não	8	21,1
TOTAL	38	100,0
• Por qual motivo recomenda a permanência dos pais/responsáveis dentro da sala de atendimento durante o tratamento do seu filho? ⁽¹⁾		
Para minha segurança profissional	21	72,4
Diminuição do medo da criança	19	65,5
Para casos de emergência/acidentes	8	27,6
Outro motivo	7	24,1
BASE⁽¹⁾	29	

(1): Considerando que um pesquisado tenha escolhido mais de uma resposta, registra-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.