



**Acta Odont. Venez. Vol 52 Nº 2 AÑO 2014 TRABAJO ORIGINAL**

## **LA BIOÉTICA EN LA RELACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE EN ODONTOLOGÍA**

### **BIOETHICS IN THE PROFESSIONAL-PATIENT RELATIONSHIP IN DENTISTRY**

*Recibido para arbitraje: 28/10/2013*

*Aceptado para Publicación: 10/06/2014*

**Maluf, F.**, Especialista en Bioética, Máster y doctorando en Ciencias de la Salud (Bioética) por la Universidad de Brasilia, Investigador asociado de la Cátedra Unesco de Bioética de la Universidad de Brasilia (UnB, DF, Brasil).

**Santos de Melo, N.**, Doctora en Estomatología; profesora adjunta del Departamento de Odontología de la Universidad de Brasilia (UnB, DF, Brasil). **Garrafa, V.**, Profesor Titular, Cordinador de la Cátedra Unesco de Bioética y del Postgrado en Bioética de la Universidad de Brasilia (UnB, DF, Brasil).

**CORRESPONDENCIA:** [maluffabiano@bol.com.br](mailto:maluffabiano@bol.com.br)

#### **RESUMEN:**

La relación de los profesionales de salud con sus pacientes ha cambiado sustancialmente en este inicio del siglo XXI. El presente estudio tiene el objetivo de analizar los diferentes aspectos de la relación de los odontólogos con sus pacientes, en el contexto de la práctica odontológica. Inicialmente, el texto hace un análisis de la autonomía y el consentimiento, como principios bioéticos, en una incursión que va de la teoría, a la aplicación práctica concreta. En seguida, discute la utilización del consentimiento informado, sus ventajas, dificultades y su relación con la autonomía, en el contexto de las ciencias biomédicas y de la salud, especialmente en la odontología. Para finalizar, el trabajo defiende la premisa de que la relación odontólogo-paciente realmente adecuada, y jurídicamente correcta, es la construida bilateralmente, con respeto mutuo y toma compartida de decisiones.

**PALABRAS CLAVE:** bioética; autonomía; consentimiento informado; odontología.

#### **ABSTRACT:**

The relationship between health professionals and their patients has substantially changed on the early 21st century. The purpose of the present study is to analyze the different approaches in the context of the dental practice. Initially the text analyzes autonomy and consent, as bioethical principles, from and approach theory to practice. Then, it discusses the use of informed consent, its advantages, difficulties, and its relationship with the autonomy, in the context of biomedical sciences and health –especially in odontology-. Finally, the work defends the premise that an adequate and legal relationship between patients and dentists should be a bilateral one, with mutual respect and shared decision making process.

**KEY WORDS:** bioethics; autonomy; informed consent; dentistry.

#### **INTRODUCCIÓN**

La relación entre el profesional de salud y su paciente, construida históricamente bajo una visión paternalista y unilateral siendo el profesional el sujeto de la relación y el paciente, un mero espectador pasivo, que simplemente escuchaba y acataba las decisiones del otro - empezó a presentar cambios desde las dos últimas décadas del siglo pasado<sup>1</sup>. El progreso técnico-científico que la Odontología, particularmente, ha alcanzado en los últimos años, así como la velocidad de diseminación de informaciones sobre salud asequibles al público en general, han contribuido para una nueva forma de relación interpersonal.

La palabra paternalismo, difundida a partir del siglo XIX, se puede definir como tendencia a disimular el exceso de autoridad bajo la forma de protección. En este sentido, la propia beneficencia que el profesional muchas veces imagina estar proporcionando al paciente, tiene sus límites en la autonomía de este otro que, a pesar de no ser detentor de conocimientos científicos específicos, tiene el derecho de opinar sobre las acciones que se van a operar en su cuerpo.

La relación del término “paternalismo” con el área de la salud reporta a los autores Beauchamp y Childress<sup>2</sup>, quienes hacen referencia a una “persona con capacitación, conocimiento y discernimiento superiores a los del paciente y que se encuentra en posición de autoridad para determinar cuales son sus mejores intereses, como a un hijo<sup>2</sup>” .

En un mundo en el que la información se difunde con enorme rapidez y está cada vez más disponible a un número mayor de personas, actitudes paternalistas, capaces de herir la autonomía de los pacientes, ya son menos comunes y menos aceptadas por los propios pacientes quienes empiezan a exigirles a los profesionales una nueva postura. Pacientes que antes acataban sin cuestionar el tratamiento propuesto por su odontólogo, ahora exigen informaciones más detalladas sobre lo que se les está proponiendo en términos terapéuticos.

Algunas cosas como alternativas de tratamiento, esterilización de materiales, uso de diferentes modalidades de anestesia, variados materiales estéticos, blanqueamiento dental o prevención, entre otras, empiezan a ser discutidos cada día con más intensidad por parte de los pacientes<sup>3</sup>. Más informados, los pacientes ya no aceptan pasivamente el tratamiento propuesto por el profesional.

Por medio del ejercicio del principio de la autonomía, las personas cuestionan acerca del planeamiento trazado por el odontólogo en cuanto a posibles alternativas, diferentes materiales y pronóstico del tratamiento. Los pacientes que van a pasar por un procedimiento odontológico tienen el derecho de saber lo suficiente sobre el tratamiento al que se van a someter. También tienen el derecho de conocer las alternativas y los riesgos que implican el tratamiento<sup>4</sup>.

En verdad, no se trata de exigirle al paciente un curso de Odontología para que tome sus propias decisiones; se trata de mostrarle las diferentes opciones de tratamiento existentes en cada situación clínica, las posibilidades de éxito y consecuencias de cada una de ellas, en lenguaje sencillo y claro, de forma que pueda tomar sus propias decisiones, basadas en el buen sentido<sup>3</sup>. El intercambio de informaciones es importante para un entendimiento mayor del propio tratamiento además de que le permite al paciente participar en la elección sobre la conducción de los procedimientos y tomar conciencia sobre las consecuencias de sus opciones.

En este nuevo escenario, el profesional deja de ser un mero ejecutor técnico omnipotente, con todo el conocimiento adquirido, y se ve en la condición de ejercer en la práctica, desde los primeros contactos, el papel de orientador del paciente. El odontólogo no debe asumir unilateral e individualmente los riesgos inherentes al tratamiento, sino compartir todas las informaciones necesarias y relacionadas al proceso de la atención clínica del paciente, lo que resultará en el respeto a su autonomía<sup>3</sup>. El presente artículo tiene como propósito reforzar el valor del principio de la autonomía en la relación profesional-paciente, de forma que la comunicación y el respeto pasen a formar parte natural del proceso dinámico de la actuación del odontólogo sobre la persona que se está atendiendo.

### **AUTONOMÍA, DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA**

Cuando se trata de definir autonomía, aparentemente se tiene la idea de ser un concepto sencillo y cotidiano. Sin embargo, ella contempla una definición bastante amplia y compleja, habiendo estimulado la imaginación y estudios de un gran número de investigadores en diferentes contextos. Se entiende por autonomía del paciente el derecho soberano que éste posee, una vez en posesión de todos los elementos

**Comentario [FF1]:** Eliminar ya que es el objeto de estudio de este artículo. C

**Comentario [C2]:** CAMBIAR POR como

**Comentario [C3]:** ELIMINAR!!

relacionados a una o más posibilidades de propuestas terapéuticas, de decidir libremente<sup>5</sup> si las acepta o no, así como el propio diagnóstico o la naturaleza y tipo de material a utilizar en las acciones terapéuticas. En la práctica odontológica diaria, respetar la autonomía es reconocer el derecho del paciente de tomar las decisiones de acuerdo con su propio plan de vida, basado en valores propios y aspiraciones personales<sup>6</sup>, aunque estas sean diferentes de las inicialmente propuestas por el profesional. De acuerdo con Rodríguez y cols.<sup>7</sup>, respetar la autonomía del paciente supone hacerlo partícipe de su tratamiento.

Es necesario considerar que la influencia ejercida por el profesional sobre la personalidad de un paciente y sobre su opinión en la elección entre varias opciones siempre existe, sea con relación a determinado producto comercial o a un tratamiento a ejecutar. Los juicios de valor están más comprometidos con interpretaciones particulares, de donde surge la necesidad de aclarar, a cualquier persona, lo que se pretende y las varias formas de llegar a este o a aquel resultado.

La interacción profesional-paciente abarca otros valores mucho más allá de los relacionados al campo tecnológico<sup>8</sup>. El principio del respeto a la autonomía, como derecho del paciente y deber del profesional, debe ser considerado y limitado por otros valores. El propio respeto contemporáneo a la pluralidad cultural requiere que las acciones clínicas se basen en los principios del respeto, de la tolerancia y de la solidaridad<sup>9</sup>.

Hoy, hay mayor comprensión y que el paciente debe ser visto como un ser biopsicosocial, por encima de sus funciones parciales y no solamente restringido a exámenes, técnicas y equipos de última generación<sup>8</sup>.

El principio de la autonomía requiere que aceptemos que los individuos se autogobiernan, tanto en sus elecciones, como en sus actos, y recomienda que el profesional de salud respete el deseo del paciente o de su representante legal, así como de sus valores morales y creencias personales.

Comentario [C4]: Eliminar coma (,)

Poner esto en práctica no es difícil cuando las decisiones de los pacientes coinciden con las del profesional. No obstante, el ejercicio del respeto a la autonomía del paciente se torna delicado cuando su elección diverge de la conducta elegida por el profesional<sup>10</sup>. En las oportunidades en las que este tipo de episodio ocurre, la práctica de la tolerancia se debe poner en acción.

Engelhardt trabaja el principio de la tolerancia bajo ciertos aspectos, dividiendo a los actores de las relaciones interpersonales en “amigos morales” y “extraños morales”<sup>11</sup> cuando las decisiones y conflictos estén vinculadas a cuestiones de moralidad: “amigos morales” son aquellos que comparten las mismas creencias y valores sobre determinado tema o conflicto y “extraños morales” los que tienen opiniones y posiciones divergentes.

Engelhardt<sup>11</sup> cree que el principio del consentimiento proporciona la base para lo que podría llamarse de autonomía como “respeto mutuo”. En este sentido, el respeto por la autonomía de las personas como agentes morales capaces de tomar decisiones informadas es importante en el diálogo bioético. El profesional que no percibe que su actuación clínica trae en sí la posibilidad de conflictos morales, por ejemplo, está ajeno a lo que Engelhardt propone como única posibilidad de convivencia pacífica entre extraños morales, o sea, la tolerancia<sup>11</sup>.

El odontólogo, por ser clínicamente la parte más bien preparada del binomio profesional-paciente, debe cuidar cada vez más el cultivar la mejor relación interpersonal posible, tomando en consideración el respeto a la autonomía de sus pacientes, hecho que probablemente lo tornará más feliz y realizado profesionalmente<sup>8</sup>.

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PRÁCTICA PROFESIONAL**

La expresión práctica del principio de la autonomía la traduce el uso del término de consentimiento informado (CI). Es por medio de este documento que el odontólogo expone al paciente las opciones posibles de tratamiento y explica de forma clara y objetiva los procedimientos que se pueden ejecutar, hasta el punto de decidir, por su cuenta, sobre los caminos del tratamiento y, consecuentemente, dividir con el profesional la responsabilidad de los procedimientos a los que se irá a someter.

En esta línea de raciocinio, el profesional debe evitar la ambigüedad o esconder riesgos posibles, así como descartar la utilización y lectura de términos técnicos y de frases poco claras que dificulten la comprensión de las ideas que se están presentando<sup>12</sup>. Actualmente, se recomiendan cuatro elementos básicos necesarios para que un consentimiento pueda considerarse válido: el suministro de informaciones adecuadas, la comprensión, la voluntariedad y el propio consentimiento en sí<sup>13</sup>.

Hacer todo lo posible por proveer al paciente una información accesible y sencilla podría ser el punto clave que caracteriza la validez del CI. Por tal motivo, el lenguaje utilizado en este tipo de documento no debe ser estrictamente académico –lo que no significa que las ideas no deban ser precisas-. Así, el profesional debe superar el lenguaje estrictamente científico, que muchas veces es incomprensible para el paciente, buscando palabras adecuadas que expresen de modo comprensible las conductas a adoptar<sup>3</sup>.

Además de recibir correctamente la información exigida por el consentimiento informado, es necesario que el paciente esté adecuadamente esclarecido con relación a las informaciones suministradas para que pueda tener condiciones de consentir o rechazar libremente propuestas de carácter preventivo, diagnóstico o terapéutico que, dentro de su comprensión y entendimiento, puedan afectar su integridad físico-psíquica o social<sup>3</sup>.

Un texto mal comprendido puede resultar en perjuicio en la transmisión de las informaciones, en la voluntariedad y en el propio consentimiento<sup>13</sup>. Es oportuno hacer hincapié en que la importancia de la información dada al paciente debe ser individualizada y estar de acuerdo con su formación educacional, perspectivas culturales y grado de comprensión de las informaciones<sup>13</sup>. El documento no tiene validez en el caso de que el paciente no haya comprendido cabalmente lo que le fue transmitido<sup>14,15</sup>.

El momento de la firma del CI, también es de fundamental importancia en el proceso, en vista de que pueden existir inferencias a partir, por ejemplo, de la condición emocional del paciente y de la propia forma de proceder del profesional, así como del tiempo, generalmente escaso, existente entre la lectura y la firma del documento<sup>13,16,17</sup>. Un recurso razonable para disminuir esos obstáculos sería la presentación previa del documento, acompañado de una explicación pormenorizada, que posibilite al paciente llevar el TCI para casa y reflexionar mejor, solo o en compañía de amigos y familiares, sobre las conductas, riesgos y beneficios y, sobre todo, dar lugar a dudas que se resolverían en una consulta especialmente programada para la firma del contrato<sup>13</sup>.

Tras la firma, una copia del CI queda bajo la guarda del profesional y otra se le entrega al paciente para que si necesario pueda tener la oportunidad de obtener más datos sobre los procedimientos a efectuar, así como tener la opción de interrumpir el tratamiento en cualquier momento, consciente de las posibles implicaciones asociadas a dicha interrupción o incluso al surgimiento de algún imprevisto en el desarrollo del tratamiento<sup>18</sup>.

Por eso, no se debe menospreciar la adquisición y la guarda de las informaciones. El prontuario, sea médico u odontológico, incluye toda la documentación sobre el proceso de atención al paciente, compuesto de la ficha clínica, exámenes complementarios, radiografías, fotografías, certificados, prescripciones de medicinas, además, claro está, del CI. Por consiguiente, la ficha clínica y el CI pasan a ser solo dos de los componentes de la totalidad del prontuario. El límite de la cantidad y calidad de las informaciones pasadas por los dentistas a sus pacientes no es rígido y varía de acuerdo con cada profesional<sup>3</sup>.

#### **DISCUSIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTONOMÍA**

Aunque cada profesional tiene libertad para elaborar su modelo de prontuario, adecuado y adaptado a la exigencia de cada especialidad<sup>18</sup>, se deben tomar algunos cuidados para que se pueda tener una documentación que constituya una fuente confiable de datos y que asegure tanto al paciente como al profesional un documento comprensible sobre la visualización del tratamiento en cualesquiera de sus etapas.

Hasta hace algún tiempo se recomendaba que las anotaciones se hicieran a mano, con letra legible y se evitaran tachaduras y enmiendas<sup>18</sup>. Actualmente gran parte de los profesionales usa los recursos modernos de computación e informática para la elaboración de sus prontuarios y fichas. Tanto en la primera situación como en el modelo más reciente, es importante que exista un espacio para la firma - aunque sea digital - tanto del profesional como del paciente, cada vez que haya una consulta, donde se deben registrar también las ausencias del paciente, justificadas o no.

Y, no menos importante, es que el CI esté provisto de validez jurídica, pues tal detalle puede venir a ser de fundamental importancia en casos de discordancia entre el paciente y el profesional respecto al tratamiento. De esa forma, cualquier persona que tenga acceso a la documentación podrá interpretar lo que está registrado, así como constatar el cuidado brindado por el profesional<sup>18</sup>.

Se deben tomar algunos cuidados específicos como, por ejemplo, una letra legible y firmas del paciente en todas las informaciones registradas<sup>18</sup>. Lo anterior, para que se cuente con una historia clínica que constituya una fuente confiable de datos, y que asegure a paciente y profesional, transparencia y control con respecto a la visualización del tratamiento en cualquier etapa. Como ya se dijo, es indispensable que la documentación se pueda utilizar como fuente de consulta fidedigna para posibles cuestiones pendientes que vayan a parar a la esfera judicial, principalmente para los casos de discordancia entre paciente y profesional con relación al cumplimiento del acuerdo terapéutico establecido entre las partes<sup>14</sup>.

Además del CI, la autonomía también se puede mantener por el establecimiento de una buena comunicación entre el profesional y el paciente, lo que bajo ciertos ángulos se considera como parte del propio proceso de obtención del consentimiento informado. La comunicación adecuada sobre las acciones clínicas a ejecutar proporciona libertad al paciente para hacer preguntas, exponer sus dudas y decidir que procedimientos prefiere, de forma que pueda decidir con más seguridad.

En reciente estudio realizado por Garbin y cols.<sup>19</sup> con odontólogos de un municipio del estado de São Paulo, Brasil, sobre el conocimiento y aplicación del CI, se describió la deficiencia o el desconocimiento, por parte de 35% de los profesionales, de esta herramienta. Dichos autores concluyeron, entonces, que se debía trabajar en la sensibilización y capacitación de los profesionales, para que adopten el CI como rutina en la clínica odontológica. Resultados semejantes encontraron Maluf y cols.<sup>3</sup> al analizar el uso del CI en los servicios odontológicos de hospitales públicos del Distrito Federal, Brasil. Este último estudio demostró que al inicio del tratamiento el consentimiento se obtiene de forma oral en la mayoría de los hospitales, donde se constatan equívocos tanto en la utilización como en la conceptualización relacionada a los CI por parte de los profesionales<sup>3</sup>.

Bugarin Jr y Garrafa<sup>20</sup> al analizar el uso de biomateriales en odontología por odontólogos, relataron que más de la mitad de los entrevistados (el 51%) refirió a la poca o ninguna participación del paciente en el proceso de elección de ese material, siendo que solo el 12% de los profesionales consultados anexaban el CI a la historia clínica del paciente.

Es necesario considerar que el CI no es otra cosa que la garantía de que hubo comunicación entre profesional y paciente y que se llegó a un entendimiento sobre la intervención a realizar<sup>1</sup>. Otro estudio hecho en Brasil con padres o responsables por niños de diferentes niveles socioeconómicos sometidos al tratamiento odontológico, constató que, aunque el 84,5% de los padres creyesen que sus hijos recibieron una atención adecuada, solo el 34% participaron en la decisión de los procedimientos<sup>21</sup>. En situaciones de este tipo queda claramente caracterizada la negligencia profesional en relación a los derechos de los responsables por los menores de edad en participar en la atención odontológica<sup>22</sup>.

Por otro lado, es indispensable registrar que existen formas variadas de respeto a la autonomía de los pacientes una vez que en muchas situaciones esta medida no se puede tornar efectiva directamente<sup>3</sup>. Ello se explica debido a la existencia de personas que no tienen condiciones de asumir y ejercer plenamente

esta autonomía. Tales casos se pueden ejemplificar por niños, personas con discapacidad de tipo intelectual, adultos mayores en determinadas situaciones de fragilidad, entre otros. En estos casos, cuando se torne necesaria determinada intervención, es conveniente que el profesional obtenga el consentimiento formal de la persona legalmente responsable por la que se encuentra temporal o permanentemente incapacitada física o legalmente<sup>14</sup>.

Existen también algunas situaciones especiales que necesitan tratamiento particular, como los casos relacionados a poblaciones indígenas, pacientes con restricción de libertad (presos) o sometidos a autoridad jerárquica (militares). Circunstancias incluidas en este contexto están igualmente relacionadas a formas especiales de obtención del permiso para que esos sujetos participen en determinados estudios clínicos<sup>3</sup>.

Por todas estas situaciones y argumentos expuestos y varias otras que se podrían discutir, la autonomía también posee sus límites y hasta contradicciones. Los grupos social y económicamente vulnerables, por ejemplo - principalmente cuando reciben atención sanitaria en servicios públicos proporcionados por el Estado en los países más pobres y sin la debida protección de legislaciones que les garanticen derechos sanitarios universalizados - tienen menos alternativas de elección, situación que interfiere directamente en el ejercicio de la autonomía<sup>23</sup>.

No obstante, eso no significa, de ninguna manera, que los profesionales de salud deban decidir por sí mismos<sup>10</sup>. Al contrario, es exactamente en estas situaciones que el profesional debe ejercer su propia autonomía en el sentido de exigir respeto a las necesidades y a la autonomía del otro, de su paciente que está frente a una situación especial de fragilidad.

Esta es una de las dificultades a vencer en la utilización de este tipo de documento (el CI) en los servicios públicos, donde las disparidades socioeconómicas son tantas que muchas veces debido a una comunicación poco comprometida y eficiente, el paciente acaba simplemente expresando acuerdo con cualquier forma de tratamiento comprometida propuesto, sin cuestionamiento ni discusión, por la extremada necesidad de recibir la única forma de atención a la cual puede tener alcance. Estudios relatan que en la mayoría de las veces en las que un CI es exigido como condición para permitir acceso a los servicios públicos de salud, el documento se firma sin que los pacientes estén conscientes del contenido y que, cuando les preguntan unos momentos después sobre lo que firmaron, no lo recuerdan<sup>12,24</sup>.

Vale recordar que la autonomía no debe convertirse en derecho absoluto, es decir, sus límites deben establecerse también en la dirección opuesta, o sea, en el respeto a la autonomía, dignidad y a la libertad del propio profesional. De acuerdo con Garrafa, Prado y Bugarin Jr<sup>25</sup>, es indispensable estar alerta para evitar que la relación asuma característica unilateral, de dominación. La relación paternalista, por tanto, debe abolirse como modelo a partir del momento en el que el paciente reconoce su autonomía y reivindica participación y reciprocidad frente al tratamiento, transformando la relación en un modelo horizontal, simétrico y democrático<sup>26</sup>. Sin prescindir de la conducción de los procedimientos, teniendo en cuenta la responsabilidad inherente al ejercicio profesional, el odontólogo debe prestar las informaciones solicitadas de forma clara y completa al paciente, y permitir, en la medida de lo posible, que haya interacción<sup>25</sup>.

#### **CONSIDERACIONES FINALES**

Lo que se busca, actualmente, es una decisión compartida, dialogada, entre los dos sujetos que participan en el proceso dinámico y contradictorio que es la relación entre los odontólogos y sus pacientes. Para tanto es necesario que el profesional consiga establecer una adecuada vía de comunicación con su paciente, exponiéndole todas las posibilidades de éxito o fracaso terapéutico, además de las ventajas y desventajas del tratamiento es decir, procurar establecer un diálogo franco y sincero, aun considerando las barreras de comportamiento y cultura que existen y siempre existirán en las relaciones de los profesionales de salud con sus pacientes.

Si todo el proceso es bien conducido, con informaciones y diálogo adecuados no solo al principio, sino durante todo el tratamiento, la protección legal y jurídica acaba pasando a un lugar secundario, para no decir, innecesario. El ejercicio del uso del consentimiento informado por medio del respeto a la autonomía de los pacientes implica una relación humana dialógica, que elimina la actitud arbitraria o prepotente por parte del profesional. Sobre cualquier derecho y deber, debe reinar el sentido común, el respeto de ambas partes a fin de que la relación entre estos dos sujetos – profesional y paciente - se fortalezca de modo que la legislación sea solo una forma de legitimar la autonomía de cada una de las partes en la consagración del diálogo y del respeto mutuo.

Al paciente, le corresponde el poder de decisión frente a la proposición de un profesional, consciente de la responsabilidad que le es conferida a partir del momento en el que elige. Mientras que, al profesional, le compete el deber de suministrar las informaciones necesarias para que su paciente sea capaz de comprender y estar de acuerdo libre y esclarecidamente con el tratamiento a que se va a someter.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maluf F. Relação profissional-paciente e bioética: uma discussão sempre atual. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(1):7.
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios da ética biomédica*. 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2000, 574 p.
3. Maluf F, Carvalho GP, Diniz Jr JC, Bugarin Jr JG, Garrafa V. Consentimento livre e esclarecido em odontologia nos hospitais públicos do Distrito Federal. *Cien Saúde Coletiva* 2007; 12:1737-46.
4. Graham EP, Harel-Raviv M. The future of informed consent and patient-dentist communication. *J Can Dent Assoc*. 1997; 63:460-3.
5. Garrafa V. Bioética e Odontologia. In: Kriger L (Coord.). *Promoção de Saúde Bucal*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003:495-04.
6. Ferro M, Rodríguez W, Torre EV. Consentimento informado de interés para el odontólogo. *Acta Odontol Venez* (2009); 47(1): 205-12.
7. Rodríguez W, Capote CJ, Sánchez MC, Saquelli A. Consideraciones bioéticas en el manejo del dolor en odontología. *Acta Odontol Venez* (2010); 48(4): 1-7.
8. Galvão PBA. Tecnologia e medicina: imagens médicas e a relação médico-paciente. *Rev Bioética*, 2000; 8(1):127-34.
9. Garrafa, V. Dimensão da ética em saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP-Kellogg Foundation, 1995, 72 p.
10. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G.(Orgs.). *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998 p. 53-70.
11. Engelhardt Jr HT. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Editora Loyola; 1998, 518 p.
12. Sales-Peres SHC, Sales-Peres A, Eleutério ASL, Oliveira JLG, Gigliotti MP. Termo de consentimento livre e esclarecido aos usuários de clínicas odontológicas brasileiras: aspectos éticos e legais. *Cien Saúde Coletiva* 2011; 16(Supl. 1): 805-12.
13. Miranda VC, Fáde EBS, Lera AT, Ueda A, Antonangelo DV, Brunetti K, Riechelmann R, Giglio AD. Como consentir sem entender? *Rev Assoc Méd Bras* 2009; 55(3): 328-34.
14. Silva RF, Barbieri L, Portilho CDM, Prado MM, Daruge-Jr E. Importância das informações prestadas ao paciente antes, durante e depois do tratamento endodôntico: abordagem à luz do Código de Defesa do Consumidor. *Rev Sul-Bras Odontol* 2010; 7(4): 481-7.
15. Selbst AG. Understanding informed consent and its relationship to the incidence of adverse treatment events in conventional endodontic therapy. *J Endod* 1990; 16(8): 387-90.
16. Joffe S, Cook EF, Cleary PD, Clark JW, Weeks JC. Quality of informed consent in cancer clinical trials: a cross-sectional survey. *Lancet* 2001; 358(9295): 1772-7.
17. Doak C, Doak L, Friedell G. Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: Strategies for clinicians. *CA-A Can J Clin* 1998; 48: 15162.
18. Costa SM, Braga SL, Abreu MHNG, Bonan PRF. Questões éticas e legais no preenchimento das fichas clínicas odontológicas. *Rev Gaúcha Odontol* 2009; 57(2): 211-16.
19. Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba AS, Zina LG, Gonçalves PE. El consentimiento informado en la clínica odontológica. *Acta Odontol Venez* (2007); 45(1): 37-43.
20. Bugarin Jr JG, Garrafa V. Bioética e biosegurança: o uso de biomateriais na prática odontológica. *Rev Saúde Públ* 2007; 41(2): 223-8.
21. Garbin CAS, Mariano RQ, Machado TP, Garbin AJI. Estudo bioético das relações humanas no tratamento odontológico. *Rev Facul Odontol Lins* 2002; 14(1): 54-9.
22. Scannavino FLF, Santos FS, Martins AT, Neto AAP, Zuza EP. O papel da bioética na construção do conhecimento em Odontologia. *Rev Cient Multidisc Centro Univ FEB* 2011; 7(1): 19-24.
23. Garrafa V, Porto D. Intervention Bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics (Oxford)*, Blackwell Publishing – London 2003; 17(5-6): 399-16.
24. Fortes PAC. *Ética e Saúde*. 2ª ed. São Paulo: EPU; 2002, 119 p.
25. Garrafa V, Prado MM, Bugarin Jr JG. Bioética e Odontologia. In: Tereza Rodrigues Vieira (Org.). *Bioética nas profissões*. 1ª ed. Teresópolis: Ed Vozes; 2005:85-100.
26. Garbin CAS, Gonçalves PE, Garbin AJI. Consentimento informado en la práctica odontológica brasileña: sus aspectos éticos y legales. *Acta Odontol Venez* (2006); 44(2): 261-4.