



## Dilemas éticos e bioéticos na indicação da Ortodontia preventiva e interceptativa baseada em evidências

### Ethical and bioethical dilemmas in evidence based preventive and interceptive Orthodontics indication

Ivan Toshio Maruo<sup>1</sup>

#### Resumo

**Objetivos:** O objetivo do presente trabalho foi analisar, se diante da “Odontologia Baseada em Evidências”, seria ético o cirurgião-dentista, independentemente de sua especialidade, realizar tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos em crianças e adolescentes. **Metodologia:** A prevalência de diferentes maloclusões nas dentições decídua, mista e permanente, as legislações relacionadas às competências do cirurgião-dentista no Brasil e os resultados de revisões sistemáticas e de meta-análises sobre a comparação da efetividade do tratamento ortodôntico em 1 ou em 2 fases foram analisados pelo prisma ético do “Querer-Poder-Dever” e pelos princípios bioéticos da “autonomia”, “beneficência”, “não maleficência” e “justiça”. **Resultados e Considerações Finais:** Concluiu-se que: 1) A alta prevalência de maloclusões nas dentições decídua, mista e permanente justifica que o cirurgião-dentista queira tratar as mesmas; 2) Pela legislação brasileira, o Clínico Geral, o Odontopediatra, o Ortodontista e o especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares podem tratar maloclusões em crianças e adolescentes; 3) Segundo os princípios bioéticos da não maleficência, beneficência e justiça, o cirurgião-dentista ético deve indicar tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo apenas para determinados tipos e severidades de maloclusões, ponderando aspectos psicossociais envolvidos e considerando a maturidade do paciente e a conscientização dos pais; 4) Pelo princípio bioético da autonomia, o responsável legal do paciente em crescimento e com maloclusão deve ser esclarecido sobre as evidências científicas a favor e contra o tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo, por meio de Termo de Consentimento Informado, para poder decidir se deseja que o paciente seja submetido a esse procedimento.

**Descritores:** Ortodontia preventiva, Odontologia baseada em evidências, ética odontológica, bioética, termo de consentimento.

#### Abstract

**Objectives:** The aim of this study was to analyze whether in face of “Evidence-Based Dentistry”, it would be ethical for the dentist, regardless of his/her specialty, to perform preventive and interceptive orthodontic treatments in children and adolescents. **Methods:** Prevalence of different malocclusions in deciduous, mixed and permanent dentition, laws related to dentists’ competences in Brazil, and results of systematic reviews and of meta-analyses on comparing orthodontic treatment effectiveness in 1 or 2 phases were analyzed by the

<sup>1</sup> Mestre e Doutor em Ortodontia – PUCPR, Diplomado pelo Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial .

E-mail do autor: [ivan\\_maruo@hotmail.com](mailto:ivan_maruo@hotmail.com)

Recebido para publicação: 24/10/2019

Aprovado para publicação: 04/03/2020

#### Como citar este artigo:

Maruo IT. Dilemas éticos e bioéticos na indicação da Ortodontia preventiva e interceptativa baseada em evidências. *Orthod. Sci. Pract.* 2020; 13(51):82-89.

DOI: 10.24077/2020;1351-8289

ethical references of “willingness-permission-duty” and the bioethical principles of “autonomy”, “beneficence”, “non-maleficence” and “justice”. Results and Final Considerations: It was concluded that: 1) High prevalence of malocclusions in deciduous, mixed and permanent dentition justifies dentists willingness to treat them; 2) According to Brazilian law, General Dentist, Pediatric Dentist, Orthodontist and Jaws Functional Orthopedist have legal permission to treat malocclusions in children and adolescents; 3) According to the bioethical principles of non-maleficence, beneficence and justice, the ethical dentist should only indicate preventive and interceptive orthodontic treatment for certain types and severities of malocclusions, considering psychosocial aspects involved and the patients maturity and parental awareness; 4) By the bioethical principle of autonomy, the legal representative of the growing patient with malocclusion must be informed about scientific evidence for and against preventive and interceptive orthodontic treatment by means of Informed Consent, in order to be able to decide whether he/she wishes the patient to be submitted to this procedure.

**Descriptors:** Preventive Orthodontics, evidence-based Dentistry, dental ethics, bioethics, informed consent.

## Introdução

Na literatura, é antiga a discussão sobre realizar o tratamento ortodôntico de pacientes em crescimento em 1 ou em 2 fases. Em 1 fase, no período de adolescência, em que há maior quantidade de crescimento craniofacial, ou em 2 fases, realizando a primeira fase preventiva e/ou interceptativa na dentição decídua ou mista, complementada com a segunda fase corretiva, na dentição permanente. Por isso essa discussão foi objeto de revisão sistemática e meta-análise (pesquisa com maior nível de evidência científica), em que foram comparadas essas abordagens<sup>1</sup>.

Apesar de parecer uma discussão meramente acadêmica, dependendo da legislação do país, realizar tratamento ortodôntico em 2 fases poderia gerar consequências práticas. Uma vez que o tratamento em 2 fases gera mais visitas ao consultório e implica em maiores custos aos pacientes (pelo maior tempo de tratamento)<sup>1</sup>, deve haver alguma vantagem perante o tratamento em 1 fase. Se não houver alguma vantagem, a realização de procedimentos ortodônticos preventivos e interceptativos, como parte do tratamento em 2 fases, poderia ser considerada desnecessária e, no Brasil, seria uma infração ética por “exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica”, prevista no artigo 11, III, do Código de Ética Odontológica<sup>2</sup>.

No Brasil, essa questão abrange não somente especialidades como a Ortodontia e a Ortopedia Funcional dos Maxilares, mas toda a Odontologia, porque segundo a legislação e os julgados dos tribunais, o cirurgião-dentista não especialista pode praticar procedimentos que estejam incluídos na categoria de Ortodontia preventiva e interceptativa<sup>3</sup>.

Assim o posicionamento não só do ortodontista, mas de todos os cirurgiões-dentistas, neste antigo dilema de tratar a maloclusão de crianças e adolescentes em 1 ou em 2 fases, nada mais é do que um dilema ético.

Segundo o filósofo contemporâneo, escritor e

professor universitário Mario Sergio Cortella, chamado constantemente pela mídia para traduzir complexas ideias filosóficas em exemplos simples<sup>4</sup>, os dilemas éticos surgem porque “nem tudo que eu quero eu posso; nem tudo que eu posso eu devo; e nem tudo que eu devo eu quero”<sup>5</sup>. Só se resolvem os dilemas éticos quando “aquilo que você quer é ao mesmo tempo o que você pode e o que você deve”<sup>5</sup>.

Immanuel Kant, um dos principais filósofos da Era Moderna, defendia que agir eticamente é um “dever”, originado da própria razão e válido para todos os seres racionais<sup>6</sup>.

Em relação ao dever ético do profissional da saúde, no “modelo atual de decisões clínicas”, “o estado clínico e as circunstâncias” e “a evidência científica” são tão importantes quanto as “preferências e ações dos pacientes”<sup>7</sup>.

A ferramenta apropriada para tratar dos deveres éticos das ciências biológicas é a Bioética, a qual consiste no estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar<sup>8</sup>. Para a abordagem de dilemas éticos na saúde, a Bioética sustenta-se em quatro princípios: “autonomia”, “beneficência”, “não maleficência” e “justiça”<sup>9</sup>, propostos por Beauchamp e Childress<sup>10</sup>.

Nesse contexto, o objetivo do presente trabalho foi analisar se diante da “Odontologia Baseada em Evidências”, seria ético o cirurgião-dentista, independentemente de sua especialidade, realizar tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos em crianças e adolescentes.

## Material e métodos

Como Cortella<sup>5</sup> afirmou que os dilemas éticos somente se resolvem quando “aquilo que você quer é ao mesmo tempo o que você pode e o que você deve”, a avaliação ética baseou-se em três referenciais: querer, poder e dever.

## 1 Querer

Uma vez que a vontade do cirurgião-dentista de tratar preventiva e interceptativamente maloclusões está relacionada à demanda de pacientes, para avaliar o "Querer", foi analisada a prevalência de diferentes maloclusões em crianças e adolescentes, no último levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil<sup>11</sup>.

## 2 Poder

Na avaliação do "Poder", da mesma maneira que outros artigos que analisaram a utilização da legislação na resolução de dilemas odontológicos<sup>3</sup>, a presente pesquisa levou em consideração que a República Federativa do Brasil adota o Sistema Continental, ou *Civil Law*, em que a lei é a principal fonte do Direito em detrimento do costume e do precedente judicial<sup>12</sup>.

Assim as legislações relacionadas às competências do cirurgião-dentista brasileiro, para tratar maloclusões foram levantadas e organizadas hierarquicamente, segundo o citado Sistema Continental, em que a Constituição Federal (a lei máxima) está no ápice e, abaixo dela, estão as Leis Complementares, as Leis Ordinárias e os Regulamentos<sup>12</sup>.

## 3 Dever

Seguindo o conceito de Immanuel Kant de que o "dever" de agir eticamente é originado da própria razão e válido para todos os seres racionais<sup>6</sup>, para analisar o "dever do cirurgião-dentista de realizar tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos", foram analisados os três fatores do "modelo atual de decisões clínicas": 1) "estado clínico e circunstâncias", 2) "evidência científica" e 3) "preferências e ações dos pacientes"<sup>7</sup>. Por estarem publicados na literatura médica, esses fatores se originaram da razão e, por isso, são válidos para os profissionais da saúde.

### 3.1 Estado Clínico e Circunstâncias

O "estado clínico da presença de maloclusão em crianças e adolescentes" e as "circunstâncias da realização de eventual tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo" foram analisados.

### 3.2 Evidência Científica

Uma vez que o tratamento ortodôntico em 2 fases gera mais visitas ao consultório e implica em mais custos aos pacientes em relação ao tratamento ortodôntico em 1 fase<sup>1</sup>, foi analisada a evidência científica de o tratamento ortodôntico em 2 fases trazer melhores resultados que o tratamento ortodôntico em 1 fase.

Assim foram analisadas as evidências científicas sobre a comparação da efetividade do tratamento ortodôntico em 1 ou em 2 fases, por meio de pesquisa avançada da base de dados PubMed, no dia 03 de outubro de 2019, em que foram utilizadas as pala-

avras-chaves "*Orthodontics*" e "*early treatment*", bem como os desenhos de pesquisa que fornecem maior evidência científica: "*meta-analysis*" e "*systematic reviews*". Os "*randomized clinical trials*" e "*randomized controlled trials*" (RCTs) não foram considerados, porque os resultados de revisões sistemáticas e meta-análises selecionam os RCTs relevantes para os temas analisados.

A presente pesquisa não é uma revisão sistemática, nem meta-análise, porque seu objetivo não foi avaliar a qualidade da literatura publicada. Por isso ferramentas típicas de revisões sistemáticas e de meta-análises como questionários de avaliação e análises estatísticas não foram aplicadas nos trabalhos encontrados.

O objetivo do presente trabalho foi, dentro do "modelo atual de decisões clínicas", constatar o "Estado da Arte" da comparação entre o tratamento ortodôntico em 1 ou em 2 fases, por meio da evidência científica disponível já publicada. Assim por estarem publicadas e indexadas, as revisões sistemáticas e as meta-análises encontradas foram consideradas como válidas.

Para que as conclusões das revisões sistemáticas e das meta-análises fossem consideradas, os critérios de inclusão foram que as referidas pesquisas tivessem avaliado a efetividade do "tratamento ortodôntico em duas fases" (em inglês, "*early orthodontic treatment*") em comparação ao "tratamento ortodôntico em uma fase" (em inglês, "*late orthodontic treatment*"), bem como se estivessem escritas em inglês ou em português.

### 3.3 Preferências e Ações dos Pacientes

Por ter ligação com a relação entre o profissional da saúde e o paciente, essa questão foi analisada segundo os princípios da Bioética, que são assim definidos:

- "Autonomia": diz respeito à autodeterminação ou autogoverno, ao poder do paciente de decidir sobre si mesmo<sup>9</sup>;

- "Beneficência": relaciona-se ao dever do profissional da saúde de ajudar aos outros, de fazer ou promover o bem a favor de seus pacientes<sup>9</sup>;

- "Não maleficência": implica no dever do profissional da saúde de se abster de fazer qualquer mal para os pacientes, de não causar danos ou os colocar em risco<sup>9</sup>;

- "Justiça": relaciona-se à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais<sup>9</sup>.

## Resultados e Discussão

### 1 Querer

No último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil<sup>11</sup>, a prevalência de maloclusões em crianças e adolescentes foi avaliada em três faixas etárias: aos 5 anos de idade (Tabela 1), aos 12 anos de idade (Tabela 2) e dos 15 aos 19 anos de idade (Tabela 2).

**Tabela 1** - Prevalência de maloclusões (%) em crianças de 5 anos de idade.

TIPO DE MALOCCLUSÃO		PREVALÊNCIA (%)
<b>Chave de caninos</b>	Classe II	16,6
	Classe III	6,4
<b>Sobressaliência</b>	Aumentada	22,0
	Topo a topo	6,9
<b>Sobremordida</b>	Mordida Cruzada Anterior	2,8
	Reduzida	11,9
	Mordida Aberta Anterior	12,1
<b>Mordida Cruzada Posterior</b>	Profunda	11,6
	Presença	21,9
<b>Pelo menos uma das condições anteriores</b>		66,7

Fonte: Adaptado de Pesquisa Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde do Brasil.<sup>11</sup>

**Tabela 2** - Prevalência de maloclusões (%) em adolescentes de 12 anos de idade e de 15 aos 19 anos de idade.

Idade (anos)	Oclusopatia definida (%)	Oclusopatia severa (%)	Oclusopatia muito severa (%)
12	20,0	11,2	6,5
15-19	20,3	6,2	9,1

Fonte: Adaptado de Pesquisa Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde do Brasil.<sup>11</sup>

A prevalência considerável e o fato de o tratamento das maloclusões em crianças e adolescentes não ter feito parte da Política Nacional de Saúde Bucal nos últimos anos<sup>13</sup>, justifica o “Querer” de cirurgiões-dentistas em realizar tratamentos interceptivos.

## 2 Poder

Foi verificado que Clínicos Gerais, bem como especialistas em Odontopediatria, Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares são legalmente competentes para realizar tratamentos ortodônticos interceptivos.

### 2.1 Clínico Geral

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Odontologia<sup>14</sup> definem, em seu artigo 6º, inciso III, alínea “c”, que no ensino das “Ciências Odontológicas”, na Odontologia Pediátrica, “serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.”

### 2.2 Especialista em Odontopediatria

Segundo as alíneas “b”, “c” e “d” do artigo 72 da Resolução nº 63/05 do Conselho Federal de Odontologia (CFO)<sup>15</sup>, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de maloclusões estão incluídos nas competências do especialista em Odontopediatria:

b) prevenção em todos os níveis de atenção, devendo o especialista atuar sobre os problemas relativos

à cárie dentária, ao traumatismo, à erosão, à doença periodontal, às maloclusões, às malformações congênitas e às outras doenças de tecidos moles e duros;

c) diagnosticar as alterações que afetam o sistema estomatognático e identificar fatores de risco em nível individual para os principais problemas da cavidade bucal;

d) tratamento das lesões dos tecidos moles, dos dentes, dos arcos dentários e das estruturas ósseas adjacentes, decorrentes de cárie, traumatismos, erosão, doença periodontal, alterações na odontogênese, maloclusões e malformações congênitas, utilizando preferencialmente técnicas de mínima intervenção baseadas em evidência.

### 2.3 Especialista em Ortodontia

Segundo o artigo 74, alínea “a” da Resolução nº 63/05 do CFO<sup>15</sup>, compete ao especialista em Ortodontia: “diagnóstico, prevenção, interceptação e prognóstico das maloclusões e disfunções neuro-musculares.”

### 2.4 Especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares

O artigo 76, alínea “a” da Resolução nº 63/05 do CFO<sup>15</sup>, define que as áreas de competência para atuação do especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares incluem: “prevenção, diagnóstico, prognóstico e tratamento das maloclusões, através de métodos ortopédicos funcionais.”

A legislação analisada está condizente com os resultados de Maruo et al<sup>3</sup>, que avaliando a legislação e os julgados dos tribunais brasileiros, concluíram que o cirurgião-dentista não especialista em Ortodontia pode praticar procedimentos que estejam incluídos na categoria de Ortodontia Preventiva e Interceptativa.

### 3 Dever

#### 3.1 Estado Clínico e Circunstâncias

Verificou-se que o “estado clínico da presença de maloclusão em crianças e adolescentes” está ligado à prevalência desse problema, que já foi abordada e discutida no item 1 dos “Resultados e Discussão”.

Da mesma forma, “as circunstâncias da realização de eventual tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo” estão relacionadas à competência legal do cirurgião-dentista Clínico Geral e dos especialistas em Odontopediatria, Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares de realizarem esses tratamentos. Isso já foi abordado e discutido no item 2 dos “Resultados e Discussão”.

#### 3.2 Evidência Científica

Na pesquisa avançada da base de dados PubMed, foram encontradas: 12 meta-análises e 13 revisões sistemáticas. Após desconsiderar os trabalhos repetidos e aplicar os critérios de inclusão, observaram-se os seguintes resultados:

##### 3.2.1 Tratamento em 1 fase vs. Tratamento em 2 fases

Ao comparar tratamentos ortodônticos interceptativos para problemas de oclusão dentária, tais como modificações no crescimento, mordida cruzada posterior unilateral, mordida aberta anterior, extrações, manutenção de espaço, caninos superiores ectópicos e dissuasão de hábitos, verificou-se que não há evidência de que o tratamento em 2 fases seja mais efetivo que o tratamento em 1 fase, sendo necessários mais estudos de alta qualidade metodológica sobre o assunto<sup>1,16</sup>.

##### 3.2.2 Apinhamento

Os níveis de evidência não foram suficientes para afirmar qual protocolo – “extrações seriadas” (2 fases) ou “extrações de primeiros pré-molares na dentição permanente” (1 fase) – é superior<sup>17</sup>.

##### 3.2.3 Desvio ântero-posterior de Classe II

A única vantagem do tratamento ortodôntico da Classe II em 2 fases, comparado com o tratamento em 1 fase, seria a redução de incidência de trauma incisal, sendo que o tratamento em 2 fases requer mais visitas ao consultório e tem maiores custos ao paciente<sup>18,19,20,21</sup>.

##### 3.2.4 Desvio ântero-posterior de Classe III

Não há diferença estatisticamente significativa

em tratar maloclusões Classe III utilizando-se máscara facial, com ou sem expansão rápida da maxila, em 1 fase ou em 2 fases<sup>22</sup>.

Os resultados das meta-análises e das revisões sistemáticas demonstraram que a maior eficiência ou eficácia não pode ser justificativa para se realizar o tratamento ortodôntico em 2 fases, a não ser pela redução de incidência de trauma incisal nas maloclusões Classe II.

Em pesquisa feita com crianças brasileiras em idade escolar, a prevalência de trauma incisal foi de 12,2% para meninos e de 8,8% para meninas, sendo que crianças com sobressaliência maior do que 5mm, recobrimento labial inadequado e obesidade possuem maior risco deste tipo de trauma<sup>23</sup>.

Isso significa que indicar tratamento preventivo e interceptativo para crianças e adolescentes de maneira generalizada, sem individualização, constitui infração ética de “exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica”, prevista no artigo 11, III, do Código de Ética Odontológica<sup>2</sup>.

Tal fato já foi abordado por Proffit<sup>24</sup>, em 2006, em Simpósio sobre a polêmica do tratamento ortodôntico em 1 ou em 2 fases promovido pela Associação Americana de Ortodontistas. Ele afirmou que os tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos não devem ser generalizados para todos os pacientes, sendo necessária a individualização das fases do crescimento craniofacial e do desenvolvimento dentário mais apropriadas para a intervenção, dependendo do tipo e da severidade da maloclusão.

Também deve ser ponderado o aspecto psicossocial relacionado à vitimização por pares em período escolar, também chamada de *bullying*, como indicação para tratamento ortodôntico em 2 fases. Em pesquisa<sup>25</sup> realizada no Reino Unido com pacientes de 10 a 14 anos de idade não tratados ortodonticamente e que buscaram avaliação ortodôntica por sugestão do dentista da família ou a pedido da criança ou dos pais, foi encontrada relação estatisticamente significativa entre as variáveis “o indivíduo sofrer *bullying*”, “presença de maloclusão”, “baixa autoestima” e “baixa qualidade de vida relacionada à saúde bucal”, sendo que as características oclusais relacionadas ao *bullying* foram: posição dos incisivos nas maloclusões Classe II, divisão 1 (Classificação de Angle), sobremordida e sobressaliência aumentadas e maior necessidade de tratamento ortodôntico medida pelo componente estético do “Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico” (AC-IOTN).

O mesmo grupo de pesquisadores<sup>26</sup> avaliou participantes dessa amostra<sup>25</sup> que sofriam *bullying* por causa da presença de maloclusão e comparou diferenças entre os que se submeteram e não se submeteram ao tratamento ortodôntico interceptativo. Verificou-se que adolescentes que foram tratados tiveram impactos positivos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal e



sofreram menos *bullying* relacionado à sua maloclusão.

No Brasil, em pesquisa<sup>27</sup> realizada com estudantes de escolas públicas na faixa etária dos 11 aos 16 anos, não houve associação estatisticamente significativa entre a necessidade de tratamento ortodôntico e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, mas adolescentes que tiveram histórico de tratamento ortodôntico prévio à pesquisa mostraram um efeito protetivo contra baixa qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Por fim associada à individualização do tipo e da severidade da maloclusão, bem como à prevenção do *bullying*, a maturidade psicológica do paciente e a conscientização dos pais sobre o problema também devem ser levadas em consideração. Pré-adolescentes geralmente aderem mais às regras do tratamento ortodôntico do que adolescentes<sup>28</sup> e há muitas crianças e pais que compreendem que o tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo pode causar impactos positivos na aparência, na saúde bucal e nas interações sociais, antes da chegada da adolescência, período em que a comparação com os pares tem maior impacto do que na pré-adolescência<sup>29</sup>.

Assim segundo os maiores níveis de evidência encontrados, o profissional ético só teria o “Dever” de realizar tratamento ortodôntico interceptativo em determinados tipos de maloclusão Classe II (com sobressaliência maior do que 5mm, recobrimento labial inadequado e obesidade), para diminuir a incidência de trauma incisal. Essa seria a única indicação baseada em evidências, em que o tratamento ortodôntico em 2 fases seria superior ao tratamento em 1 fase.

Para os demais casos, o profissional deveria fazer o diagnóstico diferencial do tipo e da severidade da maloclusão, ponderando que pacientes com maloclusão Classe II, sobremordida e sobressaliência aumentadas e maior necessidade de tratamento ortodôntico medida pelo AC-IOTN podem ser alvos de *bullying*. Por fim deveria se avaliar a maturidade psicológica do paciente e dos pais, informando-os de que não há evidência de que o tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo seja mais eficiente, bem como que os custos e a duração total do tratamento em 2 fases é maior.

### 3.3 Preferências e Ações dos Pacientes

#### 3.3.1 Autonomia

Pelo fato de crianças e adolescentes serem menores, eles não têm capacidade legal para se autogovernar. O artigo 3º do Código Civil Brasileiro (CC) dispõe que: “São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesesseis) anos.” Segundo o artigo 5º deste mesmo código, “a menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.” As hipóteses em que a incapacidade dos menores cessa antes dos 18 anos estão previstas nos incisos do parágrafo único deste artigo:

I - pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;

II - pelo casamento;

III - pelo exercício de emprego público efetivo;

IV - pela colação de grau em curso de ensino superior;

V - pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria.

Pela incapacidade absoluta, crianças e adolescentes não podem decidir se optarão por um tratamento ortodôntico em 1 ou em 2 fases. Quem tem a competência legal de os representar nesse caso são os pais (artigo 1.634, VII, CC) ou um tutor (artigo 1.747, I, CC). Um tutor é nomeado na falta dos pais, por falecimento, por serem julgados ausentes ou se decaírem do poder familiar (artigo 1.728, incisos I e II, CC).

Adicionalmente, há dúvidas sobre o grau de compreensão a que os pacientes conseguem chegar sobre decisões médicas, sendo necessário um processo que forneça informações sobre os objetivos e as consequências do tratamento proposto, que é finalizado com o paciente ou seu representante legal assinando um “Termo de Consentimento Informado”<sup>30</sup>.

Além do conhecimento, um paciente só consegue tomar uma decisão sobre um tratamento, com: encorajamento explícito por parte do profissional da saúde; reconhecimento de suas responsabilidades e seus direitos, para que possa atuar de maneira ativa no processo de decisão; consciência da escolha e tempo<sup>31</sup>.

Assim considerando o princípio bioético da “Autonomia”, o representante legal da criança ou do adolescente deve ser informado sobre as evidências científicas contra e a favor do tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo, ser encorajado a tomar uma decisão sabendo da necessidade de sua participação ativa no tratamento, estando ciente da escolha e deve ser dado tempo para que decida. Ao final, esse processo deve ser formalizado com a assinatura de um “Termo de Consentimento Informado”.

#### 3.3.2 Beneficência e Não maleficência

A beneficência e a não maleficência são indissociáveis<sup>32</sup> e devem ser abordadas simultaneamente na análise dos casos concretos.

Considerando que, segundo as evidências científicas disponíveis, na maioria das maloclusões o tratamento em 2 fases implica em maior número de visitas ao consultório e maior custo<sup>1</sup>, não tendo maior eficácia que o tratamento em 1 fase<sup>1,16,17,18,19,20,21,22</sup>, não realizar tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos

de maneira generalizada segue o princípio bioético da “não maleficência”.

Por outro lado, segue o princípio bioético da “beneficência” realizar tratamento ortodôntico em 2 fases: a) na maloclusão Classe II em crianças com sobressaliência maior do que 5mm, recobrimento labial inadequado e com obesidade<sup>23</sup>, para diminuir a incidência de trauma incisal<sup>18,19,20,21</sup>; b) em casos justificados pelo tipo e pela severidade da maloclusão<sup>24</sup> e c) em maloclusão Classe II, com sobremordida e sobressaliência aumentadas e maior necessidade de tratamento ortodôntico medida pelo AC-IOTN, como prevenção e auxiliar no combate ao *bullying*<sup>25,26,27</sup>. Associados a esses fatores clínicos deve haver maturidade psicológica do paciente e conscientização dos pais<sup>28,29</sup>.

Por isso, indicar tratamento preventivo e interceptativo para crianças e adolescentes de maneira generalizada, sem individualização, pode ser considerada uma maleficência ao paciente, justificando a caracterização da infração ética de “exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica”, prevista no artigo 11, III, do Código de Ética Odontológica<sup>2</sup>.

### 3.3.3 Justiça

Seguir o princípio bioético da “justiça” no tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo implica em seguir as evidências científicas, sob dois aspectos.

O primeiro aspecto é não o generalizar para todos os casos, por não ter maior eficácia que o tratamento em 1 fase<sup>1,16,17,18,19,20,21,22</sup> e implicar em maior número de visitas ao consultório e maior custo<sup>1</sup>.

O segundo é reservá-lo para casos em que as evidências o indicam, como: a) na maloclusão Classe II em crianças com sobressaliência maior do que 5mm, recobrimento labial inadequado e com obesidade<sup>23</sup>, para diminuir a incidência de trauma incisal<sup>18,19,20,21</sup>; b) em casos justificados pelo tipo e pela severidade da maloclusão<sup>24</sup> e c) em maloclusão Classe II, com sobremordida e sobressaliência aumentadas e maior necessidade de tratamento ortodôntico medida pelo AC-IOTN, como prevenção e auxiliar no combate ao *bullying*<sup>25,26,27</sup>. Associada a esses fatores clínicos deve haver maturidade psicológica do paciente e conscientização dos pais.

## Considerações finais

1) A alta prevalência de maloclusões nas dentições decidua, mista e permanente justifica o fato de o cirurgião-dentista querer tratar as mesmas;

2) Pela legislação brasileira, o Clínico Geral, o Odontopediatra, o Ortodontista e o especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares podem tratar maloclusões em crianças e adolescentes;

3) Segundo os princípios bioéticos da não maleficência, beneficência e justiça, o cirurgião-dentista ético deve indicar tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo apenas para determinados tipos e severida-

des de maloclusões, ponderando aspectos psicossociais envolvidos e considerando a maturidade do paciente e a conscientização dos pais;

4) Pelo princípio bioético da autonomia, o responsável legal do paciente em crescimento e com maloclusão deve ser esclarecido sobre as evidências científicas a favor e contra o tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo, por meio de Termo de Consentimento Informado, para poder decidir se deseja ser submetido a esse procedimento.

## Referências

- Sunnak R, Johal A, Fleming PS. Is orthodontics prior to 11 years of age evidence-based? A systematic review and meta-analysis. *J. dent.* 2015; 43(5):477-86.
- Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO n. 118/2012. 2012 [8 set. 2019]. Disponível em: [http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/codigo\\_etica.pdf](http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf).
- Maruo IT, Colucci MG, Vieira S, Tanaka O, Camargo ES, Maruo H. Estudo da legalidade do exercício profissional da Ortodontia por cirurgião-dentista não especialista. *Rev. dent. press ortodon. ortop.* 2009; 14(6):42e1-42e10.
- Quetz. Quem é Mario Sergio Cortella. [8 set. 2019]. Disponível em: <http://mariosergiocortella.com/sobre-mario-sergio-cortella/>.
- Cortella MS. Qual é a tua obra?: inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. Petrópolis, RJ: Vozes Nobilis; 2015.
- lurk MA, Ferraguto F. Dever e liberdade em Kant. Curitiba, PR: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2017. [8 set. 2019]. Disponível em: <http://www.biblioteca.pucpr.br/pergamum/biblioteca/img.php?arquivo=/000069/000069f1.pdf>.
- Haynes RB, Devreux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evid. based med.* 2002; 7(2):36-38.
- Reich WT (ed.) *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Macmillan; 1995.
- Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e Bioética: Para Dar Início à Reflexão. *Texto contexto enferm.* 2005; 14(1):106-10.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford; 1994.
- Brasil. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [8 set. 2019]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf).
- Gusmão PD. *Introdução ao estudo do Direito*. 23. ed. Rio de Janeiro: Forense; 1998.
- Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc. saúde colet.* 2017; 22(6):1791-803.
- Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia; 19/02/2002. [8 set. 2019]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>.
- Conselho Federal de Odontologia. Resolução n. 63/2005; 2005. [8 set. 2019]. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/wpcontent/uploads/2019/07/Consolidacao%20-%20A7%20-%20A30-das-Normas-Atualizado-em-janeiro-de-2019.pdf>.
- Mir CF. One-phase or two-phase orthodontic treatment? *Evid. based. dent.* 2016; 17(4):107-08.
- Lopes-Filho H, Maia LH, Lau TC, Souza MM, Maia LC. Early vs late orthodontic treatment of tooth crowding by first premolar extraction: A systematic review. *Angle orthod.* 2015; 85(3):510-17.
- Batista KB, Thiruvengkatachari B, Harrison JE, O'Brien KD. Orthodontic treatment for prominent upper front teeth (Class II malocclusion) in children and adolescents. *Cochrane database syst. rev.* 2018; 13(3):1-115.
- Harrison JE, O'Brien KD, Worthington HV. Orthodontic treatment for prominent upper front teeth in children. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007; 18(3):1-44.
- Thiruvengkatachari B, Harrison J, Worthington H, O'Brien K. Early orthodontic treatment for Class II malocclusion reduces the chance of incisal trauma: Results of a Cochrane systematic review. *Am. j. orthod. dentofacial orthop.* 2015; 148(1):47-59.
- Thiruvengkatachari B, Harrison JE, Worthington HV, O'Brien KD. Or-

- thodontic treatment for prominent upper front teeth (Class II malocclusion) in children. *Cochrane datab. Syst. rev.* 2013; 13(11):1-78.
22. Zhang W, Qu HC, Yu M, Zhang Y. The Effects of Maxillary Protraction with or without Rapid Maxillary Expansion and Age Factors in Treating Class III Malocclusion: A Meta-Analysis. *PLoS One.* 2015; 10(6):1-16.
  23. Soriano EP, Caldas-Jr AF, Carvalho MVD, Amorim-Filho HA. Prevalence and risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren. *Dent. traumatol.* 2007; 23:232-40.
  24. Proffit WR. The timing of early treatment: An overview. *Am. j. orthod. dentofacial orthop.* 2006; 129(4 (Suppl 1)):S47-S49.
  25. Seehra J, Fleming PS, Newton T, DiBiase AT. Bullying in orthodontic patients and its relationship to malocclusion, self-esteem and oral health-related quality of life. *J. orthod.* 2011; 38:247-56.
  26. Seehra J, Newton JT, DiBiase AT. Interceptive orthodontic treatment in bullied adolescents and its impact on self-esteem and oral-health-related quality of life. *Eur. j. orthod.* 2013; 35:615-21.
  27. Gatto RCJ, Garbin AJ, Corrente JE, Garbin CAS. The relationship between oral health-related quality of life, the need for orthodontic treatment and bullying, among Brazilian teenagers. *Dent. press j. orthod.* 2019; 24(2):73-80.
  28. Tung AW, Kiyak HA. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. *Am. j. orthod. dentofacial orthop.* 1998; 113(1):29-39.
  29. Kiyak HA. Patients' and parents' expectations from early treatment. *Am. j. orthod. dentofacial orthop.* 2006; 129(4 (Suppl 1)):S50-S54.
  30. Ugarte ON, Acioly MA. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso... *Rev. Col Bras. Cir.* 41(5):274-77.
  31. Fraenkel L, McGraw S. What are the Essential Elements to Enable Patient Participation in Medical Decision Making? *J. gen. intern. med.* 2007; 22(5):614-19.
  32. Campos A, Oliveira DR. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não maleficência) na bioética médica. *Rev. Brasileira de Estudos Políticos.* 2017; 115:13-45.

# Faça como nossos parceiros



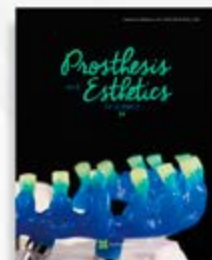
**3 VISION ACADEMY** (Fortaleza-CE)  
**ABO** (São Paulo - SP)  
**AC-ODONTO** (Natal - RN)  
**AVANCE** (Feira de Santana - BA)  
**CEÃO** (Recife - PE)  
**CEQUO** (São Paulo - SP)  
**CISO Study** (Juazeiro do Norte - CE)  
**CTEO** (Porto Alegre - RS)  
**EQUIP** (Quixadá-CE)  
**ESCOLA SALEM** (Paranavaí-PR)

**IGEO** (Caxias do Sul-RS)  
**INST. HONDA** (São Paulo - SP)  
**INST. TELES** (Fortaleza - CE)  
**IPEO** (João Pessoa - PB)  
**ORAL CENTRUM** (Maringá - PR)  
**ORTHOPLUS** (Vila Velha-ES)  
**ORTOCLEVES** (Caruaru-PE)  
**PGO** (Brasília - DF)  
**PREMIER** (Brasília - DF)

Ofereça materiais de qualidade a seus alunos, com todos os benefícios de um assinante Plena.

- **4 edições anuais** de uma de nossas revistas impressas

- **Valor especial** para parcerias



Excelência é a nossa prioridade

EDITORAPLENA

(41) 3081-4052 | [www.editoraplena.com.br](http://www.editoraplena.com.br) |  [www.facebook.com/editoraplena](https://www.facebook.com/editoraplena)