

междисциплинарных этических комитетов, развитии адаптивных возможностей человека, изменении его образа жизни, сегодня повсеместно находят свое воплощение в развитии гуманистической биоэтики, международной этической экспертизе и сети этических комитетов, внедрении в образование курсов биоэтики, развитии валеологии и нетрадиционной медицины и т.д. [9].

Таким образом, учение В.И. Вернадского о биосфере и переходе ее в ноосферу явилось методологической основой формирования биоэтики.

### **Библиография**

1. Вернадский В. И. Научная мысль как планетное явление. Москва: Наука, 1991.
2. Феномен человека: Сб. очерков и эссе: Пер. с фр. Москва: ООО «Издательство АСТ», 2002.
3. Камшилов М.М. Эволюция биосферы. Москва: Наука, 1979.
4. Яншин А.Л. Соль Земли: Портрет российского ученого. 1983.
5. Микулинский С.Р. Методологические вопросы историко-научного исследования. Москва: Наука, 1976, с. 20-34.
6. Вековщина С.В., Кулиниченко В.Л. Биоэтика: начала и основания (Философско – методологический анализ). Киев: Сфера, 2002.
7. Вековщина С.В. Глобальная биоэтика: прозрения «до» и «после». In: Материалы Третьего Международного симпозиума по биоэтике. Киев: Сфера, 2004, с. 44-45.
8. Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее. Под ред. С.В. Вековщиной, В.Л. Кулиниченко. Пер. с англ. Киев, 2002.
9. Седова Н.Н. Биоэтика: учебник. Москва: КНОРУС, 2018.

## **ASPECTE PRINCIPIALE ALE BIOETICII ȘI SĂNĂTATEA ORALĂ**

**Corneliu Năstase**, dr. șt. med., conf. univ.

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova  
nastasecor@mail.ru

### *PRINCIPLES OF BIOETHICS AND ORAL HEALTH*

*Bioethics was created in response to emerging conflicts in clinical medicine caused by advances in the scientific and technological revolution in the middle of the last century, which, in turn, reshaped the relationship between practitioners and their patients. The purpose of this article is to point out ways to overcome this clinical crisis and to help build a more balanced and responsive relationship between doctor and patient in dental practice. It is important that dentists do not*

*treat the patient as a passive subject of health care delivery, but treat patients as individuals with rights and expectations, with the ability to stimulate their interest and energy to actively participate as beneficiaries and partners in decision-making before, during and after provision of dental services.*

## Introducere

Realizările remarcabile ale progresului tehnico-științific au consemnat niște schimbări cantitative și calitative pentru calitatea vieții societății de o asemenea amploare încât au impus revizuirea abordărilor etice individuale și colective în privința multor dileme care apar în domeniul sănătății [1].

Bioetica este o disciplină recentă, un compartiment al eticii practice, care se concentrează pe oferirea unor răspunsuri concrete la problemele morale existente în relațiile clinice, sănătatea publică, tehnologiile aplicate în medicină, cercetările clinice pe oameni și animale, protecția mediului ambiant, respectarea drepturilor omului. Bioetica depășește ceea ce a fost cunoscut sub numele de moralitatea mediului ambiant, extinzând-o asupra animalelor, biosferei, întregului univers și se proiectează în viitor prin încorporarea în opțiunile sale a intereselor și destinului generațiilor următoare sau ale celor virtuale [2].

Multe evenimente și factori istorici au constituit premisele înființării Bioeticii ca disciplină, însă și mai mulți au fost cei care, după constituirea sa, au legitimat existența și necesitatea includerii acesteia în formarea profesioniștilor din domeniul ocrotirii sănătății și al științelor biologice. Ani de zile s-a considerat că paternitatea termenului **bioetica** (greacă: *bios* /viață/ + *ethos* /relativ la etică/) urmează să fie atribuită oncologului Van Ressellear Potter, din Wisconsin, care a folosit termenul respectiv în cartea sa „*Bioethics: Bridge to the Future*” (1969) pentru a indica necesitatea construirii unei *punți* între științele vieții și etică în numele supraviețuirii umane [1].

Însă, în literatura de specialitate modernă, există trimiteri/mențiuni documentate conform cărora termenul *bioetică* a fost folosit pentru prima dată în 1927, când Fritz Jahr, pastor și teolog protestant din Halle, a publicat articolul „Bio-Ethik: Eine Umschau ilber die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze” („Bioetica: o panoramă a relațiilor etice ale ființei umane cu animalele și plantele”) în revista germană Kosmos. (Jahr, 1927) [3].

Ideea principală a articolului semnat de Jahr a fost să anticipeze ceea ce el a numit ulterior „imperativul bioetic” (Jahr, 1934). Parafrazându-l pe Immanuel Kant cu imperativul categoric, Jahr a sugerat că toate ființele vii au dreptul la respect și ar trebui tratate nu ca mijloace, ci ca scopuri în sine [4, 5, 6, 7].

În studiul transdisciplinar între Biologie, Medicină, Filosofie (etică) și Drept (Biodrept), care investighează condițiile necesare pentru o administrare responsabilă a vieții umane, animale și a mediului ambiant, se propune o bioetică cu baze raționale diferențiate și înrădăcinată în tradiția clasică și a filosofilor analitici ai secolului XX [6, 8, 9].

Dezvoltarea bioeticii a fost favorizată atât de conștientizarea și popularizarea chestiunii respective de către unii medici și cercetători de avangardă, sau grupuri de non-conformiști gen cele feministe, cât și de impactul efectelor tehnologiilor avansate asupra formelor de viață, precum și de modul în care erau realizate cercetările biomedicale pe ființe umane [2].

Dar, importanța decisivă pentru conștientizare colectivă a problemelor etice din medicină revine dezvăluirii unor grave probleme morale a experiențelor pe subiecți umani, care au fost efectuate în Germania nazistă, precum și în multe alte cazuri similare [1, 2].

În rezultatul proceselor de acuzare a crimelor fascismului contra umanității, în 1947 la Nürnberg apare Codul cu același nume, care constituie primul ansamblu de reguli internaționale care stabilesc legătura eticii medicale cu drepturile omului [1,2,9].

În acest cod pentru prima dată au fost adunate informații consistente pentru a fundamenta condamnarea naziștilor – specialiști în domeniul sănătății, implicați în așa-numitele „crime împotriva umanității”, comise în cadrul cercetărilor medicale efectuate asupra deținuților lagărelor de concentrare în timpul celui de al Doilea Război Mondial [9].

În același document a fost prezentat în premieră un acord internațional pentru reglementarea cercetărilor biomedicale asupra unor ființe umane, fiind stabilite principii etice minime, care trebuie urmate în cadrul acestora. Primul punct al documentului este acordul (consimțământul) benevol al subiecților de cercetare, utilitatea cunoștințelor obținute, necesitatea de a minimiza riscurile și de a avea grijă de bunăstarea subiecților implicați în cercetare. [2] În Codul de la Nürnberg se accentuează că acordul (consimțământul) benevol al omului este absolut necesar pentru participarea acestuia la oarecare cercetări clinice, fiind specificată necesitatea unor studii preliminare pe animale, a analizei beneficiilor și riscurilor, a libertății participantului de a refuza implicarea sa în experiment și neconstrângerea la participare [9].

În 1948, Declarația Universală a Drepturilor Omului promulgată de Organizația Națiunilor Unite a contribuit inițial la formarea bazelor drepturilor omului, și ulterior – ale celor sociale, politice și culturale [2].

În același timp, au început să se consolideze principiile filosofice ale bioeticii, creând controlul asupra progresului tehnico-științific, care ar

trebui să fie însoțit de conștientizarea umană a impactului său asupra lumii și societății, să evite expunerea unor noi descoperiri și a aplicațiilor acestora pentru interese dubioase, dăunătoare sau malefice, și să țină cont de faptul că știința nu este mai importantă decât omul [9].

Câțiva ani mai târziu, în 1964, Declarația de la Helsinki a fost aprobată de Asociația Medicală Mondială, cu scopul de: a) a promova și populariza principiile de bază pentru cercetarea științifică cu participarea unor ființele umane și b) a aborda necesitatea acordului persoanelor implicate. A fost explicată în mod adecvat printr-un document numit „Acord post-informat” (Declarația de la Helsinki, 1964) [9].

Asociația Medicală Mondială a promulgat Declarația de la Helsinki drept o propunere de principii etice ce servesc la orientarea medicilor și a altor persoane care efectuează cercetări medicale asupra ființelor umane [10].

Cercetările medicale asupra ființelor umane includ investigarea materialelor umane sau a informațiilor identificabile [10].

Datoria medicului este de a promova și a asigura sănătatea oamenilor. Cunoștințele și conștiința medicului trebuie să fie subordonate îndeplinirii acestei obligații [10].

Declarația de la Geneva a Asociației Medicale Mondiale spune despre datoria medicului: „Sănătatea pacientului meu va face obiectul preocupării mele principale”, iar Codul internațional de etică medicală prevede ca: „Medicul trebuie să acționeze numai în interesul superior al pacientului în cazurile în care aplică astfel de tipuri de îngrijiri medicale, care pot slăbi starea fizică sau mentală a acestuia” [10].

2. Cercetările biomedicale asupra ființelor umane trebuie efectuate numai de către colaboratori calificați științific, sub supravegherea unui personal medical cu competență clinică. Responsabilitatea pentru ființa umană (implicată în experiment) trebuie să revină întotdeauna medicului (unei persoane cu calificări medicale), și niciodată (în niciun caz) nu poate fi atribuită individului investigat, chiar dacă ultimul și-a dat conștientământul [10].

Cercetările biomedicale realizate asupra oamenilor nu pot fi justificate dacă importanța obiectivului nu este proporțională cu riscul inevitabil pentru individul investigat.

3. Fiecare studiu biomedical asupra oamenilor urmează a fi precedată de o coroborare minuțioasă a riscului posibil cu beneficiile așteptate pentru subiectul implicat în experiment.

Acestea sunt doar unele din multele norme sau parametri care au fost dictate la nivel internațional relativ la etica profesională pe care lucrătorul medical trebuie să o practice în activitatea sa cotidiană; ele au servit

drept ghid sau model pentru elaborarea codurilor, legilor și constituțiilor la nivel mondial [10].

După lansarea Codului Nürnberg și a Declarației Helsinki, al treilea document de referință pentru bioetică a fost elaborat în 1980 de către Organizația Mondială a Sănătății, fiind numit «Principii etice internaționale în cercetarea biomedicală» [11, 12, 13, 14].

Din momentul lansării celor trei documente directorii, continuă să apară varii coduri similare, aprobate la nivel internațional [2].

### **Metamorfoze (modificări) survenite în conceptul de sănătate și în practica medicală**

În anii <70, dezvoltarea tehnologică a transferat discuția, înglobând faptele care pot fi explicate științific cu valorile care pot fi studiate cu ajutorul eticii [9].

În ultimii 30 de ani, au avut loc mari schimbări în practica medicală, care s-au răsfrânt enorm asupra procesului de *sănătate – boală* [1].

Acest impact merită o analiză mai profundă, dar, – sintetic, – putem menționa: [1].

- *Modernizarea tehnică a medicinei.* Sănătatea se confruntă cu ideea de dominarea (superioritatea) tehnică asupra omului, al cărui corp apare ca un câmp imens deschis la tot felul de intervenții și cercetări, de la începutul până la sfârșitul vieții.

- *Reafirmarea autonomiei pacienților și schimbarea relației medic-pacient,* ultimul apărând ca consumator (utilizator, beneficiar, uzufructuar), și, – în final, – reglementarea drepturilor pacientului.

- *Schimbarea conceptului de sănătate,* înțeles ca un drept fundamental al omului și ca o stare de bunăstare fizică, mentală și socială completă și nu doar absența bolilor.

- Promovarea și prevenția în domeniul ocrotirii sănătății ca *Strategie de Politică Sanitară.*

### **Bioetica principială**

În 1974 Parlamentului nord-american a fost prezentat *Raportul Belmont* (publicat, după alte surse, – în 1978), – cel mai important document din domeniul bioeticii din SUA [1, 2, 10]. Acest raport a fost elaborat în cadrul Comisiei Naționale pentru Protecția Subiecților Umani ai Cercetărilor Biomedicale și Comportamentale, create în SUA în 1974 [1]. În Raportul Belmont a fost consacrat un model de principii etice, care urmează să servească la formularea, criticarea și interpretarea unor reguli specifice, aplicate în domeniul experimental biomedical cu implicarea oamenilor: *binefacere, echitate și respect* [1, 2, 10]. Aceste principii au fost

incluse în cursurile standard de bioetică și, de asemenea, – utilizate în varii documente din domeniul respectiv și din cele conexe. Prin urmare, ele pot fi deja considerate clasice. Desigur, aceste principii nu acoperă toate problemele etice din cercetarea biomedicală, dar reprezintă cadrul inițial pentru analiza și dezvoltarea ulterioară a reglementării etice a experimentelor asupra ființelor umane. Principiile de bază care urmează să ghideze cercetările (din domeniul științelor comportamentale și biomedicinii) realizate asupra oamenilor sunt definite în modul următor:

Principiul **respectului** pentru individ se bazează pe două cerințe/rigori:

a) respectarea autonomiei persoanelor care sunt capabile să aleagă și să ia decizii de sine stătător:

**Autonomia** reprezintă dreptul oamenilor de a se autoguverna prin propriile sale opinii și decizii, în conformitate cu valorile și convingerile personale [15]. Principiul respectului față de oameni, care impune obligația de a-i trata drept entități autonome și de a le asigura condițiile necesare pentru ca aceștia să acționeze în mod autonom [1].

O *persoană autonomă* are capacitatea de a acționa, puterea de a judeca în mod rațional măsura și sensul acțiunilor sale și de a răspunde pentru consecințele lor. Principiul autonomiei este unul imperativ, și trebuie respectat în orice situație în care oamenii pot fi neautonomi sau cu o autonomie diminuată (de ex., minori), persoane în stare vegetativă sau cu leziuni cerebrale etc. În al doilea caz, este necesar de justificat cauzele lipsei sau diminuării autonomiei.

Respectarea autonomiei pacientului are numeroase consecințe (implicații) pentru un lucrător medical: de a oferi pacientului toate informațiile necesare (utile, relevante), astfel încât acesta să poată lua decizii în cunoștință de cauză și de predictibilitate a situației; de a contribui la o comunicare accesibilă și comodă, folosind un limbaj ușor de înțeles, manifestând abilitatea de a asculta și de a înțelege situația, doleanțele și preferințele pacientului; de a nu induce în eroare în ceea ce ține de diagnostic, prognostic și calitatea vieții, rezultate din tratamentul propus, cu excepția cazului în care pacientul solicită contrariul; de a prezenta în mod corect și în volum adecvat diferitele alternative terapeutice; de a respecta confidențialitatea, precum și promisiunile sau angajamentele luate față de pacient [1].

În domeniul medical, acordul (consimțământul) informat este cea mai înaltă expresie a acestui principiu de autonomie, constituind un drept al pacientului și o datorie a medicului, întrucât preferințele și valorile primului sunt esențiale din punct de vedere etic. El presupune că obiectivul medicului este să respecte această autonomie, deoarece este vorba despre sănătatea pacientului

b) protecția persoanelor care au o autonomie limitată (adică, într-un grad sau altul, – foarte dependente de alții, sau – deosebit de vulnerabile), de diferite forme de injurii, daune sau alte abuzuri.

Principiul *binefacerii* (beneficienței) prevede obligația fiecărui profesionist de a acționa în beneficiul altora, promovându-le interesele legitime și reducând/eliminând daunele. În Raportul Belmont se respinge perceperea conceptului beneficienței drept un act de binefacere = caritate [1].

Se poate remarca, că acest principiu constă din două reguli/condiții directorii: a) a nu provoca daune (prejudicii); b) a obține beneficiul maxim posibil și a reduce la minimum daunele/riscurile posibile. În medicină, acest principiu promovează interesul major al pacientului, dar fără a ține cont de părerea ultimului [10].

*Condiția non-vătămării* urmează a fi tratată, în primul rând, în sensul că sunt inacceptabile orice cercetări care vizează provocarea deliberată a vătămării subiectului implicat în experiment.

Principiul *binefacerii* este formulat în Raportul Belmont într-un sens strict ca fiind o obligație etică ce se aplică în cazul unor cercetători aparte și – societății în general. Organizatorii și realizatorii unor oarecare proiecte individuale de cercetare urmează să aibă anticipat grijă pentru a maximiza beneficiile și a reduce riscurile conexe experimentului respectiv. Același lucru este valabil și pentru cercetarea în ansamblu: membrii comunității mai numeroase trebuie să evalueze beneficiile și riscurile care pot apărea, între timp, la afluxul de cunoștințe și dezvoltarea de noi metode.

Cea mai importantă problemă ce ține de principiul beneficienței este determinarea cazului în care este acceptabil să se asume riscuri și când cercetarea urmează a fi abandonată. Riscurile experimentului trebuie să fie justificate, – atât în aspectul prinosurilor (aporturilor, beneficiilor) așteptate, cât și în ceea ce privește valoarea absolută a riscului la care este expus subiectul.

Principiul beneficienței presupune că medicul are pregătirea și cunoștințele care îi lipsesc pacientului, așa că știe (și, prin urmare, decide) ce este cel mai convenabil pentru ultimul.

Un prim impediment în analiza acestui principiu este acela că se ignoră părerile pacientului, primar implicat și afectat de situație, și îi desconsideră opinia pe motivul lipsei cunoștințelor medicale. Cu toate acestea, preferințele individuale ale medicului și ale pacientului pot diferi în ceea ce privește ce este rău și ce este benefic. Din acest motiv, este dificil de apărat primatul acestui principiu, deoarece dacă se iau în baza lui decizii medicale, alte principii valabile precum autonomia sau dreptatea (echitatea) sunt puse deoparte [10].

**Dreptatea (echitatea)** sau imparțialitatea în distribuirea/corelarea riscurilor și beneficiilor, neputând fi trata o persoană deosebit de cealaltă, cu excepția cazului în care există o diferență relevantă între cele două, rezultă în echitate socială [10, 15].

Conform Beauchamp, *echitatea* reprezintă responsabilitatea unor persoane, state și societăți de a acorda un tratament egal, echitabil și adecvat celorlalți, în lumina a ceea ce li se cuvine sau le aparține lor. Aceasta se înțelege drept „imparțialitate în distribuirea riscurilor și beneficiilor sau, cu alte cuvinte, poate fi concepută ca ceea ce obligă să trateze egalii în mod egal” [1].

Un alt autor specifică faptul că acest principiu constă în repartizarea echitabilă a poverilor și beneficiilor în domeniul bunăstării vitale, evitând discriminarea în accesul la resursele existente de ocrotire a sănătății. El definește dreptul tuturor de a nu fi discriminat din motive culturale, ideologice, politice, sociale sau economice [10]. Se stabilește datoria corespunzătoare de a respecta diversitatea în problemele menționate anterior și de a colabora la o distribuire echitabilă a beneficiilor și riscurilor între membrii societății [10, 16].

Acest principiu impune oarecare restricții, deoarece susține că autonomia fiecărui individ nu afectează viața, libertatea și alte drepturi de bază ale altor persoane. Adică, decizia unuia îl poate afecta pe celălalt. Aici se impune principiul egalității care spune că: *nu-mi faceți mie ceea ce nu doriți să vi se întâmple vouă* [10].

Problema echității în domeniul ocrotirii sănătății constituie, de altfel, unul dintre cele mai animate, urgente și controversate capitole ale bioeticii din perioada precedentă, actualitate și viitor [1].

În 1979, doi membri ai Comisiei, – Beauchamp Tom și Childress Janos, au publicat în 1979 cartea „Principii ale eticii biomedicale” (*Principles of Biomedical Ethics*), în care au făcut o analiză sistematică a principiilor descrise până atunci în Raportul Belmont și au extins aceste principii până la relații clinice (RC), sugerând un al patrulea principiu, – cel al *non-maleficității (nedăunării)* [2, 10].

Astfel, se enunță că cercetătorul profesionist nu trebuie să cauzeze pacientului vre-un eventual rău, în cazul în care nu se prevăd beneficii [1, 2, 5, 10]. Aici se conturează cadrul axiologic al practicii medicale moderne și se constituie o avansare în domeniul moral [2].

În medicină, totuși, acest principiu trebuie să găsească o interpretare adecvată, deoarece acțiunile medicale uneori dăunează pentru a obține beneficiul scontat [10].

Deci, ideea finală constă în a nu a face rău (prejudicia) inutil altora.

Analiza acestui principiu merge mână în mână cu cel al binefacerii, astfel încât beneficiul trebuie să prevaleze asupra prejudiciului [10].



Consecințele medicale ale principiului non-maleficienței sunt diverse:

- a) a avea o pregătire teoretică și practică riguroasă și permanent actualizată pentru a se dedica practicii profesionale, cercetării de noi tratamente, proceduri sau terapii, îmbunătățirii celor existente pentru a le face mai puțin dureroase și dăunătoare pacienților;
- b) a avansa în managementul durerii;
- c) a evita medicina defensivă și, concomitent, – realizarea de nenumărate ori a unor proceduri și / sau tratamente inutile [10].

Cele patru principii bioetice sus-menționate au caracterizat și au consolidat incontestabilă *Teorie Principialistă* care, pentru o lungă perioadă de timp, a servit drept „ghid” etic pentru profesioniștii care, dacă ar fi urmat-o, și-ar fi asigurat realizarea unor acțiuni întotdeauna corecte. [10] Astfel, grație acestei teorii, Bioetica a devenit „instrument”, care a început să dea răspunsuri la toate întrebările apărute, – printr-o analiză a „dispuței” dintre principii, adică “cel care a prevalat – urmează a fi răspunsul la problema chestionată” [10, 15].

Multe critici au survenit acestei teorii, chiar din partea autorilor Beuchamp și Childress în 1994, deoarece aceste principii etice recomandate nu trebuie folosite ca fundamentare în activitatea profesională, ci, mai degrabă, – drept referință în caz de oarecare dubii sau întrebări, care apar în cadrul unui oarecare tratament clinic. În plus, fiecare pacient trebuie să fie asistat, programat și tratat într-un mod special / individualizat / diferit de ceilalți pacienți, deoarece există factori implicați, cum ar fi, printre alții, – cei socio-politici sau culturali [10].

Cu toate acestea, bioetica nu se reduce la aplicarea principiilor abstracte în situații concrete, ca și cum ar fi o nouă deontologie. Bioetica este, mai degrabă, o conștientizare a implicațiilor morale și a consecințelor acestora în domeniile deja menționate. Bioetica pune la îndoială hegemonia cunoștințelor medicale profesionale și exclusivitatea acestora asupra problemelor de sănătate. Ea oferă posibilitatea de a participa nu numai medicinei, ci și dreptului, filosofiei, antropologiei etc., precum și persoanelor care nu sunt specializate în luarea deciziilor cu privire la viață, boală, sănătate și moarte [2].

### **Acordul informat**

După recunoașterea Codului de la Nüremberg, Asociația Medicală Mondială a acceptat Declarația de la Helsinki cu modificările ulterioare, în care era recunoscut faptul că bărbații și femeile nu pot fi un simplu obiect al științei, ci mai degrabă participanți la ea, ca parte a procesului biomedical sau ca beneficiarii acestuia. Declarația de la Helsinki a stabilit pentru prima dată pentru domeniul cercetării cu implicarea unor

subiecți umani, că acceptul (consimțământul) voluntar al subiectului este o cerință absolut necesară, esențială, cu libertatea de a ieși din experiment în orice moment, – primul antecedent al acordului informat în domeniul Științei Medicale. Poate fi definit ca acordul (asentimentul) pacientului și / sau părintelui (sau – tutorelui, persoanei responsabile) de a accepta primirea unei proceduri medicale sau, -intervenții chirurgicale, – după ce a fost consultat și a înțeles toate informațiile necesare pentru a lua o decizie liberă și rațională. Aceasta înseamnă că persoana în cauză trebuie să aibă capacitatea legală de a consimți. Individul respectiv trebuie să poată alege liber, fără intervenția vreunui element de forță, fraudă, înșelăciune, constrângere, abuz de putere sau orice altă formă de obligație sau constrângere.

Acordul informat are un suport etic care se bazează pe obligația medicului de a raporta cu veridicitate starea bolii, precum și diagnosticul sau tratamentul pe care îl consideră cel mai potrivit. Medicului îi revine obligația să respecte voința pacientului, cu excepția cazului în care inconștiența, incapacitate mintală asociată cu gravitatea cazului nu admite întârzieri. Acordul în scris va fi necesar atunci când vine vorba de intervenții chirurgicale sau operații de amputare, ablație sau implantare de organe. Pentru a clarifica aspectele legate de informațiile medicale pe care pacienții și reprezentanții legali ar trebui să le primească despre intervențiile chirurgicale și terapeutice riscante, pentru început urmează de analizat câteva momente care vor contribui la înțelegerea motivului de obținere a acordului informat [1].

### **Ce și cum urmează de informat?**

Se oferă date relativ la esența (specificul) și caracteristicile procedurii / procedurilor care urmează de efectuat cu explicațiile conexe: în ce constă, cum se va desfășura, care sunt alternativele sau opțiunile etc. Acordul deplin este posibil numai după discutarea cu beneficiarul a unor puncte importante precum diagnosticul, planul de tratament, consecințele procedurilor, inclusiv posibilele sechele (în caz dacă există asemenea probabilitate), și costul acestora. Sunt explicate beneficiile scontate și probabilitățile relative ale succesului, precum și fiind discutate riscurile posibile, indicând cele mai grave și frecvente. Pentru a informa beneficiarul, este necesar, în primul rând, să existe abilitatea de a comunica cu acesta [9].

*Comunicarea* reprezintă unul din cei doi piloni mai importanți pentru instalarea unor relații eficiente dintre lucrătorul medical și beneficiar, și, probabil, reprezintă unul din principalele impedimente mari care trebuie depășite în stomatologie [9]. Comunicarea trebuie să aibă loc într-un mediu adecvat, calm, comod și fără interferențe [1]. Limbajul urmează a fi

pe înțelesul interlocutorilor, corespunzător nivelului intelectual, cultural și psihologic al celor care primesc informațiile, și, în principiu, medicul va vorbi despre ceea ce se știe, și mai puțin – despre ceea ce se exclude [1, 9].

Obținerea acordului pentru o procedură operatorie nu exclude responsabilitatea profesională a medicului pentru daunele rezultate din malpraxis. Esența acordului este consimțământul dintre părți, realizat prin informarea și înțelegerea acțiunilor profesionale, – pentru o acceptare liberă a acestora.

În cazul procedurilor electivă, este convenabil să se dea acordul înainte de ziua intervenției, astfel încât să fie înțeles ca un act participativ (în comun) și rațional. Același lucru va fi reflectat în fișa medicală, astfel încât să se demonstreze clar că a fost înțeles și că se alege un rău mai mic (intervenție chirurgicală cu riscurile sale) pentru a preveni sau a evita unul mai mare (înăutățirea sănătății, survenirea unei dizabilități sau a decesului în sine) [1].

### **Bioetica și sănătatea orală**

În prezent, specialistul în sănătatea orală trebuie să posede și să aplice în practică cunoștințe despre etica profesională și bioetică. Abordarea deontologică a predării eticii, în cadrul instruirii profesionale, trebuie să depășească lipsa de cunoștințe a obligațiilor și drepturilor de serviciu, extinzând viziunea problemelor existente. Accesul la aceste domenii de cunoaștere poate contribui la reducerea numărului mare de atitudini ce contravin legilor bioeticii, pe care le manifestă unii stomatologi, precum și la reflectarea asupra modalităților de a scădea numărul de acționări în judecată care vizează medicii respectivi. Această situație poate fi legată de lipsa de interes a viitorului specialist în timpul studiilor universitare, precum și din partea instituțiilor de învățământ superior, care nu abordează la cursurile din acest domeniu tema respectivă cu atenția cuvenită. Includerea proceselor educaționale în domeniul sănătății orale, având ca scop redefinirea practicilor profesionale în funcție de nevoile stomatologice ale populației, și luând în considerare umanizarea, îngrijirea, exercitarea spiritului civic și înțelegerea faptului că actualele condiții de viață au un rol fundamental în definirea procesului sănătatea-boală, și solicită specialiștilor în domeniu a unor noi abilități pentru a face față realității sociale, cu scopul de a realiza integritatea acțiunilor întreprinse [9].

În întreaga lume, pacienții sunt relativ mai informați în ceea ce ține de problemele sănătății orale și serviciile stomatologice moderne, fapt care îi determină să își sporească selectivitatea și drepturile. În plus, ei pot să facă mai ușor comparații și participă mai activ în procesele de luare a deciziilor relativ la tratament, ceea ce se manifestă mai des la persoane

titrate. Această percepție a utilizatorului în ansamblu, cu o personalitate specifică, probleme și dorințe particulare, este fundamentală pentru o bună comunicare și asigurarea succesului asistenței odontologice. După luarea diplomei, tânărul specialist urmează nu doar să deprindă și să perfecționeze aplicarea procedurilor tehnice, ci și să reflecteze asupra aspectelor etice, exercitând acțiuni, asimilând conduite și dobândind obiceiuri sănătoase pentru exercitarea profesiei. În zilele noastre, medicul stomatolog trebuie să posede și să practice cunoștințe de bioetică. Stomatologii manifestă de nenumărate ori atitudini ce contravin legilor bioeticii, adesea – doar din cauza că nu au avut niciodată acces la astfel de informații [9].

Din câte știm, majoritatea conflictelor care apar în cadrul relațiilor clinice, sunt soluționate între pacienți și medici direct în clinica stomatologică. Însă, pe zi ce trece, crește numărul de cazuri care se soldează cu plângeri la Ministerul ocrotirii sănătății, cu solicitarea evaluării cazurilor clinice de către experți și cu acționări în judecată [2].

Numărul de conflicte care implică acești profesioniști, din păcate, nu este neglijabil, reflectând și semnalizând deficiențe în abordarea subiectului respectiv de către facultățile de stomatologie, precum și dezinteresul total al cadrelor universitare și a absolvenților. În același timp, contingentul numeros de medici stomatologi asociat cu concentrația sporită a acestora în marile centre urbane generează o criză în prestarea de servicii stomatologice, ducând la o concurență nestăvilită, și promovând înlocuirea treptată a lucrătorilor independenți prin cei salariați, pe cale directă (contract) și indirectă (acreditate), rezultând în final neglijarea etică pe parcursul practicii profesionale. Având în vedere această realitate a pieței, care impune și concurența acerbă în sectorul stomatologic, căutarea unei remunerații mai bune a determinat unii profesioniști să efectueze proceduri pentru care nu sunt pregătiți corespunzător, sau să presteze servicii costisitoare, însă – insuficient clinic argumentate. Acțiunile de acest tip denotă absența obligațiilor și responsabilității lucrătorului medical față de beneficiar. Astfel de acțiuni, în general, duc la un număr mare de iatrogenii, ceea ce contravine principiului de necauzare a daunelor. Cu toate acestea, conform datelor unui studiu realizat în 2007 de Bugarin Júnior și Garrafa /citată de/, stomatologii folosesc biomateriale dentare, necunoscând riscurile și efectele lor adverse, distanțându-se astfel de principiul beneficienței. În stomatologie, există multiple și diferite probleme care fac parte din această gamă bioetică atotcuprinzătoare, dar discuția este deabia la început de cale. Este esențial ca practicile de sănătate orală să se conducă de promovarea bunăstării beneficiarilor și de restabilirea sănătății lor integrale, fiind bazate pe beneficiență, conducând medicul stomatolog să acționeze în conformitate cu cele mai bune intenții față de

individ. Pentru aceasta, profesioniștii trebuie să prezinte alternativele de tratament existente și să explice caracteristicile fiecăruia. Astfel, nu există nicio concepție relativ la specialistul care ar impune pacientului lucrarea pe care o găsește că ar fi cea mai bună [9].

În lupta pentru realizarea universalității și echității în ceea ce ține de dreptul la asistență egală, autonomia cetățenilor nu poate fi lăsată deoparte. Medicul stomatolog trebuie să-și considere acțiunile profesionale drept parte componentă a domeniului relațiilor umane în care unul este capabil și competent să-și asume responsabilitatea pentru vindecarea solicitată de celălalt. Însă, medicul trebuie să nu uite că pacientul este o persoană autonomă inclusă într-un context socio-economic-cultural și în caz dacă este bine informat, poate deveni și co-responsabil pentru luarea deciziilor care vizează beneficiul, viața și demnitatea umană ale acestuia. Un exemplu activ și pozitiv al importanței înțelegerii (prehensiunii) pacientului în acest context este cel în care profesionistul are nevoie de participarea lui la menținerea propriei sănătăți orale. Fără colaborarea indispensabilă a ultimului în asigurarea sieși a unei diete adecvate, în perierea corectă a dinților și în alte măsuri necesare pentru controlul plăcii bacteriene, este puțin probabil ca terapia realizată profesional să aibă succes [18].

Este important ca specialiștii din domeniul sănătății orale să conștientizeze faptul că pacientul deja nu mai poate (și nici nu acceptă) a fi un subiect pasiv și inert la acordarea serviciilor stomatologice, ci se vede, mai degrabă, titularul unor drepturi care, printre altele, îi conferă puterea de a participa activ la tratamentele curative și preventive.

## **Concluzii**

1. Analiza principiilor bioeticii facilitează înțelegerea lacunelor în activitatea practică cotidiană a medicului stomatolog.
2. Angajamentul specialistului în sănătatea orală prevede acordarea priorității principiilor bioeticii, având ca scop final bunăstarea pacientului.
3. Autonomia presupune oferirea de către un profesionist în domeniul sănătății orale a unor informații „educative” în volum suficient pentru a se lua decizii raționale la diferite etape ale diagnosticului, tratamentului și profilaxiei, ceea ce permite obținerea unui acord informat sigur și clar, sporește eficiența conlucrării medic-pacient și permite evitarea disensiunilor și conflictelor.
4. La aplicarea inteligentă a principiilor bioeticii, profesionistul în domeniul stomatologiei are mari șanse de a stimula participarea activă a pacientului la menținerea propriei sănătăți orale conform recomandărilor prescrise.

## Referințe bibliografice

1. Roisinblit, Ricardo. *Odontología para las personas mayores*. 1a ed. Buenos Aires, 2010. María de la Paz Bossio. Capítulo 28, p. 331-334
2. Luengas AMIF. La bioética en la relación clínica en odontología. In: *Rev ADM.*, 2003, 60(6), p. 231-239.
3. Goldim J.R. Revisiting the beginning of bioethics: the contribution of Fritz Jahr. (1927). *Perspect Biol Med*. Summer, 2009, 52(3) p. 377-80.
4. Lolas, Fernando. Bioethics and animal research: A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biol. Res.* [online]. 2008, vol.41, n.1 [citado 2020-10-19], pp.119-123..
5. SASS H M (2007a) Fritz Jahr's bioethischer Imperativ. 80 Jahre Bioethick in Deutschland von 1927 bis 2007. Bochum: Zentrum fiir medizinische Ethik, Medizinethische Materialien Heft 175
6. Sass H.M. Fritz Jahr's concept of bioethics. In: *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2007, 17, p. 279-295
7. Zagorac Ivana. Fritz Jahr's Bioethical Imperative. In: *Synthesis Philosophica*, 2011, 26 (1), p. 141-150
8. Diniz D, Guilheme D. O que é bioética? Brasiliense, São Paulo, 2002.
9. Valladão, Antônio Sérgio Netto et al. A bioética odontológica contemporânea – Ampliando concepções deontológicas. *Revista Interdisciplinar de Direito*, 2011, V. 8, n. 01, p. 255-270,
10. Castillo, D., & Guerra, A. Bioethics from an odontological perspective. In: *Revista Estomatología*, 2017, 17(2).
11. Gaiieski Pires L.A., Cerveira J. A Bioética na Odontologia. In: *Stomatos*, 2003, V.9, n.17, p.7-12.
12. Silva, S. R. Mais Ética nas Pesquisas. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. V.55, n.6, p.393-403, 2001
13. Estrela, C. *Metodologia Científica*. São Paulo: Artes Médicas, 2001.
14. Araújo, L.Z.S. Araújo, L.Z.S. Aspectos éticos da pesquisa científica. *Pesqui Odontol Brasá*. V.17, p. 57-63, 2003.
15. Goncalves P, Garbín C., Garbín A., Moimaz S. y Oliveira R. Evaluación del conocimiento de los cirujanos dentistas brasileños sobre aspectos bioéticos en el tratamiento odontológico. 2007.
16. Bioética: Un nuevo arraigo para lo humano en el mundo tecnocientífico. 2009.
17. Agranatti P. *Bioética en Odontología*. 2001.
18. Maluf F, Osório de Azambuja L.E. Bioethics and dentistry: considerations on the professional-patient relationship. In: *Revista Odontológica de Araçatuba*, 2015, v.36, n.2, p. 61-65.