

ACADEMIA BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA

SAÚDE BUCAL, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: UMA LEITURA BIOÉTICA

Swedenberger do Nascimento Barbosa*

Dissertação elaborada especialmente para
concorrer à posição de Acadêmico Titular da
Academia Brasileira de Odontologia.

Brasília, novembro de 2010.

* Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Chefe-Adjunto do Gabinete Pessoal do Presidente da República.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, responsáveis pela minha formação e como exemplos de vida, me orgulham.

Aos meus amados filhos, que trouxeram mais alegria, amor e intensidade à minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha querida companheira Rozângela, pela sua paciência e solidariedade em todos os momentos desta caminhada.

Ao meu irmão e irmãs, pela amizade e carinho sempre presentes.

Ao Professor Doutor Volnei Garrafa, pela amizade, ensinamentos e sólida orientação nessa temática.

Ao Magnífico Reitor e amigo, Henrique Duque, da UFJF, pelo incentivo para que este trabalho fosse realizado.

Ao doutorando e amigo Antonio Lassance, pela enorme dedicação e apoio, sempre presentes.

Aos meus amigos em geral, em reconhecimento pelo incentivo e companheirismo que têm me distinguido.

A todos, enfim, que me incentivaram e apoiaram.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNBioética _____ Conselho Nacional de Bioética

CEP _____ Comitês Locais de Ética em pesquisa

CISB _Comissão Intersetorial de Saúde Bucal do Conselho Nacional de Saúde

CNPq _____ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS _____ Conselho Nacional de Saúde

CONEP _____ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CTNBio _____ Comissão Técnica Nacional de Biossegurança

DAF _____ Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

DES _____ Departamento de Economia da Saúde

EUA _____ Estados Unidos da América

FINEP _____ Financiadora de Estudos e Pesquisas

MCT _____ Ministério da Ciência e Tecnologia

MJ _____ Ministério da Justiça

MS _____ Ministério da Saúde

OGM _____ Organismos Geneticamente Modificados

OMS _____ Organização Mundial de Saúde

ONU _____ Organização das Nações Unidas

PNDH _____ Programa Nacional de Direitos Humanos

SBB _____ Sociedade Brasileira de Bioética

SCTIE _____ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SECIS _____ Secretaria de Ciência e Tecnologia para Inclusão Social

SDH _____ Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

SEPED _____ Secretaria de Políticas e Programas de Pesquisa e Desenvolvimento

SUS _____ Sistema Único de Saúde

UnB _____ Universidade de Brasília

UNESCO__ Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	9
RESUMO.....	12
ABSTRACT.....	13
1. INTRODUÇÃO: BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS, SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE BUCAL	14
2. OBJETIVO.....	15
3. METODOLOGIA.....	15
4. BASES PARA UMA FUNDAMENTAÇÃO BIOÉTICA DA SAÚDE BUCAL..	17
5. REFERENCIAIS TEÓRICOS DA BIOÉTICA	21
6. MARCOS DA “INSTITUCIONALIZAÇÃO” DA BIOÉTICA NO BRASIL	24
7. ORGANIZAÇÃO DO ESTADO E PARTICIPAÇÃO NA DISCUSSÃO BIOÉTICA	26
8. PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE.....	33
9. PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL	38
10. BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE BUCAL: UM OLHAR A PARTIR DO PSF.....	46
11. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE BUCAL	48
12. CONCLUSÕES	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

RESUMO

Esta dissertação apresenta parâmetros para a discussão da saúde bucal a partir de fundamentos éticos das ações e políticas de saúde pública, tomando como referencial a bioética de intervenção. Um panorama geral contextualiza a relação entre bioética, direitos humanos, saúde pública e saúde bucal. É proposta uma fundamentação bioética para a saúde bucal. Consideram-se os marcos de “institucionalização” da bioética estabelecidos no Brasil, os aspectos teóricos da bioética, a organização do Estado brasileiro e a participação na área de saúde e, especificamente, nas políticas de saúde bucal. A partir de uma perspectiva de bioética de intervenção, é feita uma análise da participação da saúde bucal no Programa Saúde na Família e das questões que incidem na saúde bucal, mas pertencem à dimensão dos seus determinantes sociais. Conclui-se que o referencial bioético é essencial ao estabelecimento de uma consciência sanitária, requisito para o avanço da política de saúde bucal no Brasil e ao cumprimento dos direitos sociais e dos objetivos do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Bioética; políticas públicas de saúde; saúde bucal; direitos humanos; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This work proposes bioethics parameters to oral health and dental care. The ethical foundations of this discussion are focused on health system and their public policies. A general framework relates bioethics, human rights, and public policies on oral health and dental care. The institutional landmarks on bioethics are exposed, some theoretical bases are derived, and an explanation is offered on how Brazilian State is organized to deal with bioethics issues, and how participation became an important ingredient of public health policies. This work combines intervention bioethics with social determinants of health. Brazilian policy on oral health and dental care are analysed considering Family's Health Program design. The conclusion espouses the importance of bioethics to foster sanitation consciousness and to grant the achievements on oral health and dental care, to be considered parts of human rights and to be delivered by the Brazilian Health Care System.

Key words: Bioethics; public health policies; oral health and dental care; human rights; Brazilian Health Care System.

1. INTRODUÇÃO: BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS, SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE BUCAL

O objetivo desta dissertação é apresentar parâmetros para a discussão da saúde bucal a partir de fundamentos éticos das ações e políticas de saúde pública, tomando como referencial a bioética de intervenção, crítica e socialmente comprometida.

A Saúde Bucal tem dois importantes desafios no Brasil para o século XXI: consolidar sua inclusão efetiva no rol dos direitos humanos, por meio da política nacional de saúde bucal, e estabelecer seu marco conceitual e interventivo no campo bioético. O primeiro é um desafio que busca superar graves problemas vividos no passado. O segundo é um desafio que se impõe diante das perspectivas abertas pela revolução no campo da pesquisa científica e tecnológica. A conjunção de ambos mostra a complexidade das tarefas do presente para seu mútuo enfrentamento.

A questão da saúde bucal vivenciou expressivo avanço a partir da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e do programa Brasil Sorridente, estabelecidos pelo Ministério da Saúde na gestão do Presidente Lula. Permitiu-se, a partir daí, desenvolver ações e serviços orientados pelo conhecimento da realidade de saúde das mais diversas localidades e para a busca de uma maior resolutibilidade de suas práticas. Na mesma linha, foram estabelecidos objetivos no sentido da construção de uma “consciência sanitária”, envolvendo as comunidades, os gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde.

Tais diretrizes incorporaram elementos essenciais do que se tem discutido em torno da expressão “determinantes sociais da saúde” (DSS's).

Ao mesmo tempo, uma consciência sanitária em matéria de saúde bucal envolve, além da disseminação de cuidados básicos de higiene bucal e do

estímulo ao cuidado e à reparação, por parte dos usuários, passa a envolver progressivamente a discussão bioética.

2. OBJETIVO

O objetivo desta dissertação, apresentada à Academia Brasileira de Odontologia, é o de oferecer parâmetros para a discussão da saúde bucal a partir de fundamentos éticos das ações e políticas de saúde pública, tomando como referencial a bioética de intervenção.

3. METODOLOGIA

A metodologia empregada consiste na pesquisa bibliográfica, utilizada não apenas para compilar obras que servissem de referencial teórico e recolher dados, mas sobretudo no sentido de coligir a base normativa e os documentos referenciais, nacionais e internacionais, que firmaram as grandes linhas que orientam a bioética no Brasil.

Um panorama da organização do Estado brasileiro no campo bioético foram estabelecidas a partir de um estudo institucional sobre os ministérios da Saúde e o da Ciência e Tecnologia, além da Secretaria de Direitos Humanos.

O trabalho se inicia com um capítulo sobre as bases de uma fundamentação bioética da saúde bucal, a partir de fundamentos éticos das ações e políticas de saúde pública.

Em seguida, são citados alguns dos principais referenciais teóricos da bioética, entre eles o adotado neste trabalho, a bioética de intervenção.

São lembrados os marcos de “institucionalização” da bioética no Brasil, como a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, com a conseqüente criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (Conep), e a Lei nº 11.105, de 24/03/2005, conhecida como a Lei de Biossegurança.

É feito o mapeamento da organização do Estado brasileiro no que tange à questão bioética, com ênfase para as ações empreendidas pelos ministérios da Saúde e o da Ciência e Tecnologia e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

Os capítulos 6 e 7 tratam da participação social no desenho das políticas de saúde, em geral, e de saúde bucal, em particular.

Finalmente, nos capítulos 8 e 9, relaciona-se a saúde bucal a questões concretas analisadas partir de uma perspectiva de bioética de intervenção, considerando os macrodeterminantes da saúde que interferem mais diretamente na saúde bucal. São salientadas as práticas decorrentes da inclusão da saúde bucal no Programa Saúde na Família.

A conclusão aponta que o referencial da bioética de intervenção é essencial ao estabelecimento de uma consciência sanitária na área de saúde bucal, requisito para o avanço desta política de saúde no Brasil e também ao cumprimento dos direitos sociais e dos objetivos propugnados pelo Sistema Único de Saúde.

4. BASES PARA UMA FUNDAMENTAÇÃO BIOÉTICA DA SAÚDE BUCAL

A etimologia da palavra bioética deriva do grego, sendo “bios”-vida (representa o conhecimento biológico, a ciência dos sistemas vivos ou as ciências da vida, como a biologia, a medicina, a ecologia, dentre outras) e ética - “ethos” - representa o conhecimento dos valores humanos, ou seja, os valores implicados nos fatos e conflitos da vida.

Segundo a *Encyclopedia of Bioethics* (REICH, 1995), bioética é o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto esta conduta é examinada à luz de valores e princípios morais.

A bioética inicialmente apareceu no contexto acadêmico, com a publicação do livro *Bioethics: a bridge to the future*, do cancerologista estadunidense Van Rensselaer Potter, em 1971 (POTTER, 1971). Além de pesquisador de alta respeitabilidade acadêmica, Potter foi, durante vários anos, presidente do *National Cancer Institute*, dos Estados Unidos da América (EUA).

Após o sucesso do neologismo de Potter, o Instituto Kennedy de Ética, da Universidade de Georgetown, Estados Unidos da América (EUA), incorporou o conceito de bioética às suas atividades, no entanto, com um sentido diferente do original. Reduziu-se a bioética aos temas biomédicos e biotecnológicos, nos termos da relação dos profissionais de saúde com seus pacientes e dos pesquisadores e instituições patrocinadoras de pesquisas com os sujeitos das mesmas.

Reconhecida nos anos 1970, a bioética consolidou-se nos anos 1980 e 1990, com os congressos mundiais de bioética e a fundação da *International Association of Bioethics* (IAB) (1992) (GARRAFA, 2005). No Brasil, em 1996, foi criada a Conep, por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996. Hoje, o Brasil também conta com mais de 600 Comitês Locais de Ética em Pesquisa (CEPs)

Em 2003, a UNESCO decidiu iniciar a construção de uma Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, nos moldes de duas outras iniciativas imediatamente anteriores: a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos (1997) e a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos (2003).

A construção da Declaração Universal de Bioética levou quase três anos, sendo homologada por unanimidade dos 191 países participantes da UNESCO, em Paris, França, em 19 de outubro de 2005 (UNESCO, 2005).

Seus objetivos enquadram-se como grandes linhas de orientação das ações devem ser buscados com relação à saúde bucal, quais sejam:

- Proporcionar um enquadramento universal de princípios e procedimentos que orientem os Estados na formulação da sua legislação, das suas políticas ou de outros instrumentos em matéria de bioética;
- Orientar as ações de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas, públicas e privadas;
- Contribuir para o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, garantindo o respeito pela vida dos seres humanos e as liberdades fundamentais, de modo compatível com o direito internacional relativo aos direitos humanos;
- Reconhecer a importância da liberdade de investigação científica e dos benefícios decorrentes dos progressos da ciência e da tecnologia, salientando ao mesmo tempo a necessidade de que essa investigação e os consequentes progressos se insiram no quadro dos princípios éticos enunciados na presente Declaração e respeitem a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais;
- Fomentar um diálogo multidisciplinar e pluralista sobre as questões da bioética entre todas as partes interessadas e no seio da sociedade em geral;
- Promover um acesso equitativo aos progressos da medicina, da ciência e da tecnologia, bem como a mais ampla circulação possível e uma partilha rápida dos conhecimentos relativos a tais progressos e o acesso

partilhado aos benefícios deles decorrentes, prestando uma atenção particular às necessidades dos países em desenvolvimento;

- Salvar e defender os interesses das gerações presentes e futuras;
- Sublinhar a importância da biodiversidade e da sua preservação enquanto preocupação comum à humanidade.

A dignidade da pessoa e o respeito aos direitos humanos, além da prevalência do interesse público e do bem-estar de todos coloca a saúde bucal como uma necessidade para a atuação do poder público.

Da mesma maneira a precaução no sentido de que a aplicação e avanço dos conhecimentos científicos devam ser orientados pela busca dos efeitos mais benéficos, evitando ou reduzindo ao máximo seus efeitos nocivos.

No que se refere à introdução de tratamentos baseados em novas práticas médicas e no uso de recursos biotecnológicos inovadores, um dos princípios da Declaração é a de que haja pleno respeito à autonomia das pessoas submetidas a essas opções. Particular zelo é indicado às pessoas incapazes do exercício de sua autonomia, que devem ter seus direitos protegidos e seus interesses preservados.

Os imperativos bioéticos estabelecidos impõem que a intervenção médica, seja de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico, só sejam realizados mediante prévio consentimento, proporcionando às pessoas a liberdade de escolha e o mais amplo esclarecimento sobre os procedimentos a serem utilizados e as consequências conhecidas ou possíveis a esse respeito. De igual forma, a possibilidade de que a decisão tomada pelo paciente possa, a qualquer momento e por independentemente da razão, ser revertida ou interrompida, sem que desvantagens ou prejuízos se interponham a essa decisão.

A discussão bioética favorece, e na verdade implica, o estabelecimento de uma relação de confiança plena entre profissionais e pacientes e uma responsabilidade pedagógica, que envolve os processos clínicos. Afinal, a

bioética manda que a informação prestada seja fornecida com suficiente grau de detalhe e de forma absolutamente compreensível, particularmente no que se refere ao processo que conduza ao consentimento do paciente.

O cuidado, já referido, com os incapazes se estende também, de forma peculiar, aos grupos vulneráveis. Indivíduos e grupos vulneráveis devem ser plenamente protegidos e sua integridade, respeitada.

A vida privada das pessoas em causa e a confidencialidade das informações que lhes dizem pessoalmente respeito devem ser respeitadas, conforme estabelecido no art. 9º da Declaração. Neste sentido, informações não podem ser utilizadas ou difundidas para outras finalidades que não aquelas para as quais foram previstas e realizadas conforme consentimento.

Um dos princípios bioéticos que apresenta uma maior complexidade de desafios é o da equidade. Exige-se a primazia da igualdade em dignidade e em direitos, o que demanda tratamento justo e equitativo. Tal aspecto destaca a discussão sobre o financiamento à saúde bucal, a cobertura de sua prestação assistencial e a qualidade dos serviços oferecidos.

Decorrem também dos princípios bioéticos a necessidade de evitar discriminação ou a estigmatização, o respeito ao pluralismo e à diversidade, a solidariedade e a cooperação em saúde entre os governos.

A responsabilidade com a saúde alcança aspectos que dizem respeito diretamente aos DSS's, ou seja:

- O acesso a cuidados de saúde de qualidade e aos medicamentos essenciais, nomeadamente no interesse da saúde das mulheres e das crianças, porque a saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada um bem social e humano;
- O acesso a alimentação e água adequadas;
- A melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
- A eliminação da marginalização e da exclusão, seja qual for o motivo em que se baseiam;
- A redução da pobreza e do analfabetismo.

5. REFERENCIAIS TEÓRICOS DA BIOÉTICA

Segundo Fabriz, os defensores dos direitos humanos estão cada vez mais presentes na fiscalização e na cobrança de normatizações a respeito do desenvolvimento biotecnológico e da saúde. Assim, qualquer ato que agrida a condição humana ou viole qualquer preceito já estabelecido é alvo de severas críticas e está sujeito às penas já normatizadas, que ,apesar de terem o objetivo de trazer benefícios à sociedade, essas normas devem ser analisadas e conduzidas com a devida cautela(FABRIZ, 2003).

Como se observa, a aproximação concreta entre a Bioética e os Direitos Humanos é necessária e inevitável. A adoção dos Princípios bioéticos da Declaração Universal da UNESCO(2005), como a igualdade, liberdade e autonomia, justiça e equidade, respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual, são essenciais para construir a ponte entre os Direitos Humanos, os Determinantes Sociais da Saúde(ou Determinantes Sociais da Doença) e a bioética.

A ética da saúde ocupa lugar de destaque no conjunto das reflexões éticas, pois se preocupa com questões relacionadas à manutenção e à qualidade de vida das pessoas. Assim, a ética da saúde pode ser vista como profundamente enraizada no terreno dos direitos humanos, já que o direito à vida é o primeiro deles (Fortes et all, 2006). Ao tratar dos Fundamentos éticos das ações coletivas de saúde, Fortes afirma que o objeto da saúde pública é o processo saúde-doença, tendo como foco a coletividade e visando promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e de seu grupo, buscando um ambiente saudável. As ações e serviços são resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade, que devem ser norteados por fundamentos éticos das ações coletivas de saúde, como os da beneficência, da não maleficência, do respeito à autonomia individual, assim como o princípio da justiça distributiva e da equidade (Ibid.).

Também ao tratar da ética da saúde, injustiças globais e saúde global, Kass(2004) argumenta que a bioética tem um compromisso desde sua gênese em Potter, com a justiça social e diversos modelos e abordagens existentes para estas questões precisam ser testados com comunidades reais e com a diversidade cultural e de arranjos políticos em jogo, tendo em mente a saúde pública.

Segundo Alkire e Chen(2004), inserir a saúde no âmbito dos direitos humanos, levanta questões relativas aos deveres e obrigações individuais e institucionais para com a melhoria da qualidade de vida e saúde dos seres humanos, pelo simples fato de serem humanos e portanto, fins merecedores de dignidade. Ainda nessa relação (bio)ética, saúde e direito, Leopoldo e Silva(1998) destacam: que a ética na saúde exige um compromisso com a realização histórica de valores que encarnem nas condições determinadas de situações sociais e políticas diferenciadas o direito de que todo ser humano deveria primordialmente usufruir(pg 35).

Pessini e Barchifontaine(2000), analisam que a bioética no final da década de 90 estava ampliando seu escopo de abrangência, retornando às idéias e formulações originais de Potter e entrando em cena com mais vigor os direitos humanos, as ciências sociais e humanas. Dessa forma, estaria se iniciando o que eles chamam de bioética da saúde da população e que estaria caracterizada naquele momento, segundo os autores, por várias questões que serão abaixo relacionadas:

A perda do lugar central que vem sendo ocupado pela medicina de alta tecnologia, com desvio do enfoque central das questões relativas ao avanço biotecnológico em direção aos determinantes da saúde, dentre os quais figura o acesso aos serviços de saúde e à tecnologia neles incorporada;

A ênfase igualmente colocada na saúde e nos cuidados à saúde, com a preocupação voltada não apenas para quem tem acesso a determinados serviços sanitários, mas também para quem adoece ou não e o quão eqüitativa mostra-se esta relação.;

A necessidade de um novo marco conceitual que, se apropriando de conceitos e teorias de outros campos do conhecimento humano, dê conta das demandas de reflexão geradas por esta bioética da saúde das populações.

É fato que a bioética tem se mostrado, cada vez mais um instrumento legítimo e eficiente para a análise crítica da moralidade das políticas públicas na área da saúde e para as tomadas de decisão, eticamente justificadas, por ações de saúde que garantam em princípio a distribuição equânime, logo socialmente justa, dos recursos disponíveis para as várias populações necessitadas. Visando, em particular, assegurar que a cobertura, tanto em termos de quantidade como de qualidade dos serviços oferecidos, não prejudique o atendimento das necessidades de saúde das populações mais vulneráveis. Entretanto, ao se confrontar com este tipo de problema, a Bioética da Saúde Pública tem enfrentado um difícil desafio: o de equacionar uma série de valores e interesses legítimos pertencentes a um bem considerado essencial (a saúde) e outros bens, considerados *prima facie* igualmente legítimos, tais como o exercício responsável da autonomia individual, o direito à *segurança* e à *proteção* pessoal, o direito à informação qualificada, à cultura e à educação, dentre outros (ARREGUY and SCHRAMM, 2005).

6. MARCOS DA “INSTITUCIONALIZAÇÃO” DA BIOÉTICA NO BRASIL

Os princípios propugnados pela Declaração Universal dos Direitos do Homem estão consagrados pela Constituição Federal de 1988, no artigo 1º, inciso III, e no artigo 5º (PEREIRA, 2008).

Além disso, esses princípios relacionados aos direitos humanos e outros, são a base da Constituição Brasileira de 1988, que por sua vez define claramente a Saúde como direito de todos e dever do Estado.

No esteio da Constituição Cidadã de 1988, estão relacionados Direitos e Garantias Fundamentais como a liberdade, a igualdade e o direito à vida. É nesse contexto histórico que o direito à saúde se insere como uma das grandes conquistas do movimento social brasileiro, que dá origem ao SUS (Sistema Único da Saúde), sendo expresso no art 196 da Constituição:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." Como pode ser percebido, a visão que orientava as discussões sobre este direito estava pautada, desde àquela época, por políticas públicas que deveriam buscar na justiça social, na igualdade de direitos e na construção da cidadania, seus alicerces.

A institucionalização das questões bioéticas teve elementos importantes inseridos pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19/09/1990); pela Lei 8.142 (de 28/12/1990, que atribui a participação da comunidade na gestão do SUS); pelo Decreto 879 (de 22/05/1993, que dispôs sobre a retirada de tecidos, órgãos e outras partes, para fins humanitários e científicos); pela Lei 8.974 (de 05/01/1995, que tratou do uso de técnicas de engenharia genética e dos organismos geneticamente modificados); e pela Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, e pela Lei dos Transplantes (Lei 9.434/1997).

Merece destaque a Resolução 196/96, que criou a CONEP, que conforme Hugo Fernandes Júnior (2007) enfatiza, teve missão educativa e de formação de uma consciência ética e de responsabilidade.

A Resolução representava o coroamento de uma trajetória de consolidação de diretrizes e normas da pesquisa bioética e de sua utilização.

Em 2005, o Brasil ao aprovar a sua Lei de Biossegurança, criou a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), instância colegiada multidisciplinar que tem por dever prestar apoio técnico e de assessoramento ao Governo Federal à formulação, atualização e implementação da Política Nacional de Biossegurança de Organismos Geneticamente Modificados (OGM) e seus derivados, como também estabelecer normas técnicas de segurança e emitir pareceres técnicos conclusivos referentes à autorização para atividades que envolvam pesquisa e uso comercial de OGM e seus derivados – a saber: construção, experimentação, cultivo, manipulação, transporte, comercialização, consumo, armazenamento, liberação e descarte – com base em avaliações de risco zootossanitário à saúde humana e ao meio ambiente.

Na dimensão formativa, avanço significativo na reflexão bioética tem sido proporcionado desde a criação da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. A formação da cátedra teve como precursor o Núcleo de Estudos em Bioética, em 1994.

Encontra-se em tramitação, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei 6032/2005, enviado pelo Presidente da República, propondo a criação do Conselho Nacional de Bioética. Esse Conselho terá relação direta com o Presidente da República, com a incumbência consultiva de discutir as moralidades relacionadas aos campos da biotecnociência (células tronco e novas tecnologias reprodutivas, por exemplo), da saúde (acesso a novas tecnologias e medicamentos) e da vida humana em geral (aborto, terminalidade da vida, exclusão social, pobreza).

7. ORGANIZAÇÃO DO ESTADO E PARTICIPAÇÃO NA DISCUSSÃO

BIOÉTICA

A bioética envolve questões polêmicas, intrincadas com problemas de ordem moral e religiosa.

Relaciona-se, ao mesmo tempo, com as obrigações do Estado e os direitos dos cidadãos.

Ao contrario do que muitos pensam, não é o Estado ou a Constituição que concedem dignidade às pessoas. Ela é inerente à natureza humana. Os dispositivos constitucionais apenas a protegem, preservam e garantem por meio dos direitos fundamentais, aquilo que é do fundamento da existência humana.

Inúmeras abordagens buscam uma relação entre a dignidade humana e a ética. Uma das mais profícuas parte da análise *da ética da responsabilidade*, com base na construção teórica do filósofo Hans Jonas, que qualificou três dimensões éticas:

A ética individual: aquela que diz respeito ao papel e compromissos que cada um de nós deve assumir frente a si mesmo e aos seus semelhantes, seja em ações privadas ou públicas, singulares ou coletivas;

A ética da responsabilidade pública, que diz respeito ao papel e deveres dos Estados Democráticos, frente, não só a temas universais como a cidadania e os direitos humanos, mas também com relação ao cumprimento das cartas constitucionais de cada nação, principalmente no que diz respeito à saúde e vida das pessoas;

A ética da responsabilidade planetária, que significa o compromisso de cada um de nós, cidadãos conscientes de cada país, bem como todas as

nações, frente ao desafio que é a preservação do planeta, em respeito ao futuro dos que virão.

Falar da dignidade humana e da ética como sistema de valores humanos reporta a uma das bases para a Gestão Estratégica e Participativa do SUS, que é a Transparência da Gestão, e dos Recursos Públicos envolvidos, tendo tudo isso subordinado ao Controle Social das Políticas.

Trazendo para o cotidiano da Saúde, deve-se responder: com quem contar para que os direitos constitucionais do cidadão sejam respeitados? Ou ainda, como fazer, eticamente e de forma transparente, uma distribuição justa de recursos finitos? Se a resposta imediata é de que a competência para a execução de tal direito é do gestor público nos diferentes níveis, que deveriam garanti-los, eles (gestores) estão cumprindo satisfatoriamente o seu papel? Se há um vácuo, ou um processo de fragilidade institucional no fazer, isso conduz à presença de outros atores, para que a universalidade constitucional da assistência do SUS seja colocada em prática. Pode-se dar como exemplo, a freqüente presença do Ministério Público nessa cena, indicando que os governos ainda têm muito a fazer para garantir esse direito universal, sem que sejam obrigados a executá-lo por força de decisão judicial.

No âmbito do Estado, a bioética tem interface direta com as atividades dos Três Poderes da República.

No âmbito do Executivo, relaciona-se principalmente aos Ministérios da Saúde e ao da Ciência e Tecnologia e à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

As ações do Ministério da Saúde e sua relação com a bioética estão concentradas na área de ciência e tecnologia e estão estruturadas por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia, inserido na Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (conforme o Decreto nº 5.841/2006, art. 24). Cabe ao Departamento participar da formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, tendo como referência a Política Nacional de Saúde e

em observância aos princípios e diretrizes do SUS. Entre suas funções específicas está a de acompanhar as atividades da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), instituída no âmbito do Conselho Nacional de Saúde.

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) tem contribuído para o aumento do número de pesquisas clínicas no País e está no centro das discussões que se polarizam em torno dos problemas éticos decorrentes da realização de pesquisas com seres humanos.

É preciso salientar que o próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS) exerce funções de controle social com implicações para a bioética, na medida em que dispõe sobre a regulação e gestão do sistema nacional de avaliação da ética em pesquisa com seres humanos, por meio da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Resolução CNS nº 196/96).

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República também é um dos espaços de governo cuja atuação relaciona-se fortemente ao que propugna a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, com enfoque à proteção de grupos sociais vulneráveis (MORAIS, 2008).

Conforme Morais (2008), a proteção dada pela Secretaria aos grupos vulneráveis está em plena harmonia com o previsto no citado art. 8º da Declaração, a saber:

“A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada”.

Cabe ressaltar ainda que alguns programas e ações dessa secretaria guardam pertinência com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, entre os quais destaca-se o “Programa Direitos Humanos, Direito de Todos”, que tem como objetivo construir capacidades institucionais e individuais de intervenção com vistas à promoção e garantia da defesa dos direitos humanos. Outro exemplo prático de proteção aos vulneráveis pode ser visto pelo Programa Nacional de Acessibilidade, que tem o propósito de promover o acesso aos bens e serviços para todas as pessoas que possuem deficiência ou com mobilidade reduzida. Tais programas objetivam conferir dignidade à pessoa humana, tendo o Estado um papel fundamental para garantir os direitos, de maneira equânime.

Em âmbito legislativo, a bioética tem obtido avanços importantes em termos de sua institucionalização. A começar da Lei de Biossegurança, de 2005, que criou também a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio). A Lei e a CTNBio significaram um passo adiante no sentido do Estado melhor controlar o processo científico e tecnológico no campo dos chamados Organismos Geneticamente Modificados (OGM) e assim proteger os cidadãos de avanços que pudessem vir a causar problemas futuros. Ou mesmo, com o raciocínio inverso, evitar que pressões obscurantistas e atrasadas viessem a bloquear o desenvolvimento de uma ciência saudável.

A Lei de Biossegurança estipulou um conjunto de medidas necessárias à manipulação adequada de agentes biológicos, químicos, genéticos e físicos, a grande maioria deles de uso comum entre os profissionais de diversas áreas (entre eles, os da Odontologia), a saber: elementos radioativos, eletricidade, equipamentos quentes ou de pressão, instrumentos de corte ou pontiagudos, vidrarias - dentre outros, visando prevenir a ocorrência de acidentes e conseqüentemente reduzir os riscos inerentes às atividades desenvolvidas, bem como proteger a comunidade e o ambiente e os experimentos.

A Lei propiciou ainda normas de segurança e mecanismos de fiscalização sobre a construção, o cultivo, a produção, a manipulação, o transporte, a transferência, a importação, a exportação, o armazenamento, a pesquisa, a comercialização, o consumo, a liberação no meio ambiente e o descarte de organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, tendo como diretrizes o estímulo ao avanço científico na área de biossegurança e biotecnologia, a proteção à vida e à saúde humana, animal e vegetal, e a observância do princípio da precaução para a proteção do meio ambiente.

Encontra-se em tramitação, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei 6032/2005, enviado pelo Presidente da República, propondo a criação do Conselho Nacional de Bioética. Esse Conselho terá relação direta com o Presidente da República e deverá se pronunciar acerca de questões essenciais dos campos da biotecnociência (células tronco e novas tecnologias reprodutivas, por exemplo), da saúde (acesso a novas tecnologias e medicamentos) e da vida humana em geral (aborto, terminalidade da vida, exclusão social, pobreza).

Para além do arcabouço normativo, a questão da bioética tem sido objeto de uma intensa atividade judicial, que amparada pelos parâmetros constitucionais e pela atual configuração legal, tem interpretado e decidido a respeito de temas como o aborto, a eutanásia ou o uso de células tronco-embrionárias de embriões humanos em pesquisas (BARBOSA, 2010).

Pode-se destacar dois recentes casos envolvendo a Suprema Corte do País, o Supremo Tribunal Federal (STF). A começar, o STF fez uma análise não apenas jurídica, mas bioética ao aprovar, em maio de 2008, pesquisas com células tronco-embrionárias, mantendo as condições definidas pela Lei nº 11.105, de 24/03/2005 - Lei de Biossegurança (BARBOSA, 2010).

A decisão final, relatada pelo ministro Carlos Ayres Britto, ganhou a forma de acórdão. Vale o registro do voto de ministros como Celso de Mello, que destacou que

“A pesquisa científica com células-tronco embrionárias, autorizada pela Lei nº11.105/2005, objetiva o enfrentamento e cura de patologias e traumatismos que severamente limitam, atormentam, infelicitam, desesperam e não raras vezes degradam a vida de expressivo contingente populacional (ilustrativamente, atrofias espinhais progressivas, distrofias musculares, a esclerose múltipla e a lateral amiotrófica, as neuropatias e as doenças do neurônio motor). A escolha feita pela Lei de Biossegurança não significou um desprezo ou despreço pelo embrião “in vitro”, porém u'a mais firme disposição para encurtar caminhos que possam levar à superação do infortúnio alheio. Isto no âmbito de um ordenamento constitucional que desde o seu preâmbulo qualifica “a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça” como valores supremos de uma sociedade mais que tudo “fraterna”. Contexto de solidária, compassiva ou fraternal legalidade que, longe de traduzir desprezo ou desrespeito aos congelados embriões “in vitro”, significa apreço e reverência a criaturas humanas que sofrem e se desesperam. Inexistência de ofensas ao direito à vida e da dignidade da pessoa humana, pois a pesquisa com células-tronco embrionárias (inviáveis biologicamente ou para os fins a que se destinam) significa a celebração solidária da vida e alento aos que se acham à margem do exercício concreto e inalienável dos direitos à felicidade e do viver com dignidade”. (MELLO, 2010).

A decisão do STF é exemplo da mediação de uma questão polêmica, relativizando dogmas que pareciam dominar o debate (BARBOSA, 2010). Foi um importante passo na ordenação jurídica do país e incluiu definitivamente o pluralismo moral e outros conceitos bioéticos ao interpretar a Constituição Federal, sobretudo nos aspectos referentes ao respeito à vida humana e sua relação com a ciência, como traz o Art. 5º da Lei de Biossegurança:

“É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização in vitro e não utilizados no respectivo procedimento”.

Com a decisão, o Brasil entrou no rol de países como Finlândia, Grécia, Canadá, Suíça, Holanda, Austrália, Japão, Estados Unidos, Israel e Reino Unido, que permitem as pesquisas com células tronco-embrionárias.

Há um segundo caso em discussão no Supremo Tribunal Federal, sob a relatoria do Ministro Marco Aurélio Mello, que trata da questão quanto à

interrupção da gravidez em casos de fetos anencéfalos. A expectativa é de que o STF possa desenvolver debates públicos que contemplem as posições existentes na sociedade e que não perca os referenciais bioéticos quando de sua decisão (BARBOSA, 2010).

Nos dois casos, exemplifica-se o papel que o Judiciário brasileiro tem assumido de interpretar questões bioéticas, à luz da garantia de direitos, e estabelecer uma jurisprudência a respeito que orienta a prática do Estado neste assunto. A reafirmação da saúde como direito, a interpretação dos limites e abrangência dos direitos humanos e sua relação com a garantia da dignidade humana serão, sem dúvida, mais um momento para o STF consagrar aspectos cruciais de uma jurisprudência da bioética (BARBOSA, 2010).

Todavia, os temas de natureza bioética suplantam a preocupação apenas do Estado. São temas que dizem respeito ao cidadão e ao conjunto da sociedade. Por isso, a participação social é decisiva ao processo de formulação, aprovação, implementação execução e avaliação das políticas públicas também nesta área.

A participação, de um lado, permite que setores da sociedade civil organizada atuem para a real melhoria de sua condição de vida e aumentem a influência nos rumos dessas políticas. Possibilita ainda a efetivação das políticas e sua continuidade ao longo de diferentes governos. Incide sobre o elemento de estabilidade às ações que devem ter continuidade e prioridade por parte dos governos, nos diferentes níveis.

Essa participação se insere num processo de construção permanente da cidadania. Contempla uma lógica em que a sociedade ocupa espaços onde seus interesses estejam sendo discutidos. Ao mesmo tempo, a participação permite que sejam abertos fóruns de discussão nos quais as polêmicas possam apresentar-se legitimamente, exercitar o contraditório e publicizar-se mais amplamente.

Os espaços ora construídos ou reestruturados no governo federal, atendendo aos reclamos das diferentes organizações sociais, em especial dos segmentos odontológicos é algo importante e que pode permitir uma análise das experiências de sucesso, suas limitações, imperfeições e necessidades de ajustes, e em alguns casos a adoção de outros modelos. Isto deverá ser feito à luz de uma visão bioética, onde se discuta a saúde bucal como direito, o papel do Estado para garantir este direito e como a sociedade participa ou acompanha esses movimentos.

8. PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE

A Constituição Brasileira e outros arcabouços legais hoje vigentes são fruto, em boa medida, de mobilizações e lutas, para formular e implementar políticas públicas que melhorem a sua qualidade de vida. A legislação da Saúde, em especial a lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e a lei 8142 (que trata da participação e controle social do SUS -Sistema Único de Saúde), tornam-se, nesse caso, referenciais para esta área de atuação de política pública e um certo "modelo" de organização para outros setores.

Uma nova sociedade ética só é possível com uma nova sociedade civil. Este é o grande desafio de um governo progressista: fomentar o desenvolvimento de uma nova sociedade civil, sem instrumentalizá-la. Mais ainda, tratando-se de um país, como o Brasil, de muitos percalços em sua tradição democrática.

Ao conceituar a mobilização social, TORO (2004) diz: "mobilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido também compartilhados".

Citando a Constituição Brasileira, através da qual estaria consagrada a escolha do país pela democracia, o autor afirma que o "horizonte ético é o que dá sentido a um processo de mobilização e que "um país explicita esse horizonte ético, seu projeto de nação por meio de sua constituição" E conclui:

“quanto mais participativo tiver sido o processo de sua elaboração, mais essas escolhas refletem a vontade de todos e serão por todos compartilhados”.

Com o intuito de explicar a diferença entre mobilizar e participar, escreve Toro (2004):

“Participar de um processo de mobilização social é uma escolha, porque a participação é um ato de liberdade. As pessoas são chamadas ,convocadas, mas participar ou não é uma decisão de cada um. Essa decisão depende essencialmente das pessoas se verem ou não como responsáveis e como capazes de provocar e construir mudanças”.

Ao conceituar a mobilização e a participação social, parece importante também um sucinto comentário sobre o controle social.

O controle social pressupõe um grau elevado de participação e organização e procura garantir entre outros:

- Gestão transparente, com auditoria e publicidade na aplicação dos recursos;
- Integração das ações federais com as ações locais e seu monitoramento;
- Alocação de recursos públicos sob diretrizes previamente discutidas.

Mobilização e participação social podem tornar-se verdadeiros princípios da gestão pública, fundamentais para a preservação e o aprofundamento da democracia e para a construção dos espaços públicos de convivência e deliberação. Traduzem-se, pois numa gestão participativa e democrática.

Na Constituição Brasileira, no capítulo da Seguridade Social, art.194 parágrafo único está inscrito:

“compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a Seguridade Social, com base nos seguintes objetivos:

inciso VII- caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo, nos órgãos colegiados”.

Ainda o **Capítulo da Seguridade Social**, na Seção II (Da Saúde), reza em seu art 198:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I—descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II—atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III- participação da comunidade”.

Os avanços obtidos durante a Constituinte, especialmente no capítulo da Seguridade Social, foram fruto de um intenso processo de mobilização, sobretudo porque havia-se conseguido reunir com elevada representatividade os agentes políticos dessa área, localizados nas universidades, nos serviços públicos, nas entidades sindicais, entre os gestores municipais, parlamentares, etc., agrupando todos esses segmentos em um fórum plural, a Plenária Nacional de Saúde. É nesse contexto de mobilização, embalada pelo sucesso da 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida dois anos antes (1986) e seus desdobramentos, específicos, como reuniões em entidades, discussões em universidades, elaborações partidárias, entre outros, que a sociedade brasileira chega mais organizada para disputar a Constituinte, em 1988.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986) também se insere nesse esforço de mobilização nacional e reúne setores até então sem tradição de discutir a temática de Saúde Bucal juntos (governo, trabalhadores em saúde bucal, usuários e prestadores de serviço), aprovando, ao final, importantes resoluções, atendendo ao tema central da Conferência (“Saúde Bucal, um direito de Todos e Dever do Estado”). Na seqüência das mobilizações descritas anteriormente, e de outras tantas iniciativas ocorridas no país naquele período, em que se exigia cidadania e democracia, as primeiras eleições diretas, pós regime militar(1989) tornaram-se um dos momentos mais contagiantes da história recente do país.

Como resultado desse intenso período de mobilizações, logo após as eleições presidenciais de 1989, com forte mobilização e participação social, na

área de saúde, conseguiu-se garantir o decreto 99.438 de 07 de agosto de 1990 que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, conferindo-lhe, como órgão integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, papel de formulação, acompanhamento e articulação de políticas.

Ainda naquele ano (1990) dois importantes fatos modelaram de maneira positiva o Sistema de Saúde que se perseguia, oriundo de mobilizações já citadas anteriormente e de outros espaços públicos e democráticos de discussão da temática de Saúde, da Reforma Sanitária, como as Conferências de Saúde, as organizações setoriais e acadêmicas como CEBES, ABRASCO e outros.

O primeiro dos fatos: a lei 8080, de 19 de setembro de 1990, mais conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Constitui formalmente o SUS (Sistema Único de Saúde), regulamentando a intenção aprovada anteriormente na Constituição de 1988. Entre os seus princípios garante-se em seu Capítulo II art.7º Inciso VII—participação da comunidade.*

O outro fato, este paradigmático, que delineia um modelo de controle social em saúde, foi o advento da lei 8142/90, que trata da *participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros*

Já em seu artigo 1º diz a lei 8142/90: O Sistema Único de Saúde (SUS) de que trata a Lei N.º 8080, de 19 de setembro de 1990 contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde

§1º A Conferência de Saúde reunir-se á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Um dos aspectos mais importantes a se destacar na lei 8142 é a determinação para que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências seja paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, previsto em seu §4º do artigo 1º da lei.

Pode-se aqui afirmar que a área de saúde se notabilizou nesses anos por consolidar e desenhar de maneira significativa e evolutiva a participação da comunidade nos rumos das políticas de saúde e na multiplicação dos fóruns sociais onde esta discussão se desenvolveu e desenvolve. Simultaneamente à organização do modelo preconizado na Constituição, cuja marca é o SUS, no aspecto da participação social, a organização dos conselhos municipais, estaduais e nacional de Saúde, das inúmeras Conferências, de encontros e de fóruns de debates, passaram a influir na orientação para a área de saúde dos governos dos diferentes níveis.

O Conselho Nacional de Saúde, por exemplo, tomou para si a tarefa de movimentar a agenda da saúde no país e as discussões sobre o SUS, adotando importantes resoluções dentre as quais deve-se destacar a Resolução N.º 33 (de 1992), que veio a ser atualizada em 2003, sob o nº 333, após ampla discussão.

A resolução Nº 33, disciplinava a estruturação e funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde, condicionando o repasse de verbas federais à existência desses espaços colegiados nos diferentes níveis de governo, e deveriam igualmente, os mesmos serem paritários (50% de representação dos usuários em relação aos demais segmentos—gestores, profissionais de saúde e prestadores de serviço).

Na área da saúde, pode-se destacar que os princípios constitucionais do direito, da cidadania e dignidade humana estão presentes na conformação das políticas públicas em execução no atual governo. Pode-se dar como exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF), que reorganiza a atenção básica e inclui as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, viabilizando extensa cobertura à população brasileira. As estruturas que lhe dão suporte, como as UBS(Unidades Básicas de Saúde), se conectam com novas estruturas que melhoram as redes de atenção à saúde, como as UPAS(Unidades de Pronto Atendimento), e apoios de emergência através do SAMU(Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). Um maior acesso a medicamentos, através da Farmácia Popular e da Farmácia Básica, assim como o sucesso das campanhas de vacinação, e diversas outras como a campanha para prevenção da hipertensão, também são importantes iniciativas dessa gestão. Merece igualmente destaque o Programa Mais Saúde, que define diretrizes e medidas que contribuem para a melhoria da saúde, para a qualidade de vida do cidadão e para o desenvolvimento socioeconômico do país e tem como objetivos entre outros, superar a desigualdade regional na oferta de serviços, conferir maior eficiência às ações de saúde e ampliar a participação social.

9. PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL

Realizada em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal afirmava a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral da pessoa e relacionando-a às condições de alimentação, moradia,, trabalho, renda, meio

ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação.

Somente após sete anos viria a ser realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993), na seqüência da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano anterior.

Antecedida de centenas de conferências municipais e de 24 conferências estaduais, os presentes à 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (792 delegados, sendo 388 representantes de usuários e 404 dos demais segmentos, e cerca de 300 convidados) aprovaram diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país e alertaram que o caminho para se concretizarem as resoluções da Conferência seria de muita luta. Luta junto aos Conselhos de saúde para que absorvessem as resoluções como diretrizes políticas e que a partir daí definissem as prioridades e os programas locais; luta junto aos governos estaduais e municipais para que incluíssem a Saúde Bucal entre as ações de Saúde, etc.

No período entre 1993 e 2002, embora tenham sido realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde (10ª Conferência em 1996, e a 11ª em 2000), não se realizou Conferência específica de Saúde Bucal.

O processo de mobilização desencadeado sobretudo pelas entidades odontológicas nacionais, profissionais de saúde, conselhos de saúde e alguns gestores, no período relatado anteriormente, resultou na inserção dos profissionais de saúde bucal no Programa Saúde da Família, ato este formalizado através da Portaria Ministerial N.º 1444, de 28/12/2000.

É de se registrar a importância dessa decisão do Ministério da Saúde, embora a mesma tenha correspondido ao atendimento parcial da reivindicação dos diferentes interlocutores da saúde bucal. Isso porque a portaria citada previa que nos municípios com até 6900 mil habitantes deveria ter uma equipe de saúde bucal para cada equipe do Programa Saúde da Família. Entretanto, para os demais municípios seria uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes do Saúde da Família. A partir de 2004, com a introdução da nova

Política Nacional de Saúde Bucal, na estratégia do Saúde da Família, a participação veio a ficar com a equipe de saúde bucal plenamente integrada e em igual número, à equipe do Saúde da Família, ou seja, uma equipe da saúde bucal para cada equipe do saúde da família.

A incorporação da saúde bucal aos programas de saúde em sua plenitude (cujo processo, como orientação estratégica do gestor federal, encontra-se em curso) resgata a visão de construção do SUS: igualitário e equânime, de acesso universal e com políticas e programas que se integram .

Essa mudança, aparentemente simples, envolve uma visão de trabalho multiprofissional, uma concepção de integralidade das políticas e ações de saúde, conforme apregoa o SUS, dando uma outra dimensão da saúde bucal no contexto geral das políticas e programas que compõem o SUS.

Entretanto, registre-se a reduzida participação da categoria odontológica sobretudo nos conselhos estaduais e municipais de saúde. Isto deve servir de elemento para reflexão, afinal, a ampliação dessa participação pode ser decisiva para tornar duradoura e irreversível a presença da Saúde Bucal no SUS.

De acordo com os princípios constitucionais, devidamente explicitados nas leis 8080/90 e 8142/90), a Política Nacional de Saúde Bucal, assim como todo o SUS deve estar subordinado ao Controle Social, que por sua vez tem como principais instrumentos as Conferências e os Conselhos de Saúde, nos três níveis de governo. Assim, o principal Programa da Política Nacional de Saúde bucal, o Brasil Sorridente também se insere nesse contexto. O Brasil Sorridente propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população e está articulado a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as suas prioridades está a fluoretação das águas de abastecimento público e a reorganização da Atenção Básica (dentro da estratégia da Saúde da Família) e da Atenção Especializada (principalmente com a implantação de Centros de Especialidades

Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias). No caso da Atenção Básica uma das questões centrais é garantir o acesso à assistência em saúde bucal para todas as faixas etárias. Dentre as ações que compõem a Política Nacional de Saúde Bucal cita-se a formação e atualização científica de trabalhadores em saúde bucal, a pesquisa em saúde bucal coletiva, além da viabilização dos Planos de saúde bucal indígena e outro, desenvolvido no interior do sistema penitenciário.

Recentemente, foi criada a Comissão Intersectorial de Saúde Bucal como organismo de assessoria ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que vem a fortalecer a Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), vinculando esta pauta diretamente ao Controle Social, a partir de uma Comissão com participação dos diferentes atores sociais que compõem o Conselho. Esta iniciativa foi muito importante e contou com apoio unânime de todas as entidades odontológicas nacionais, das representações dos gestores nos diferentes níveis e da representação da sociedade civil no CNS. Entende-se que isso institucionaliza de uma vez por todas a Saúde Bucal no SUS, no âmbito do controle social. Como registro histórico, lembre-se que isto ocorre após 03 (três) Conferências Nacionais de Saúde Bucal, 05 (cinco) Conferências Nacionais de Saúde e 20 (vinte) anos de SUS. Nesse intervalo de tempo ocorreram significativos avanços no processo democrático em nosso país, políticas públicas que resguardam direitos e garantias individuais foram implementadas e o SUS despontou como a principal dessas políticas previstas na Constituição Brasileira, tendo seu formato delineado através das leis 8080/90 e 8142/90, conhecidas respectivamente como Lei Orgânica da Saúde e a Lei do Controle Social do SUS. Faltava incluir definitivamente a Saúde Bucal nesse processo, o que agora ocorreu.

Há um caminho a percorrer de forma a integrar/inserir a saúde bucal nas discussões, planejamento e controle das ações e políticas de saúde (na concepção que se persegue no SUS) na estratégia de dar capilaridade às discussões da saúde bucal no espaço do controle social. Se as discussões nos conselhos de saúde estaduais e municipais, da temática de Saúde Bucal, ainda são pouco realizadas, a Comissão Intersectorial de Saúde Bucal do Conselho

Nacional de Saúde (CISB/CNS) poderá cumprir um papel decisivo na mudança do quadro, colaborando para que a Saúde bucal seja compreendida como integrante natural das políticas de saúde, pelo conjunto da representação naqueles fóruns (gestores, usuários e trabalhadores de saúde). Pode-se, inclusive, discutir a viabilidade, como estratégia, de serem constituídas comissões nos mesmos moldes, no âmbito dos Conselhos Estaduais e Conselhos Municipais de Saúde.

A lei 8142 /90 que regulamenta a participação da comunidade no SUS (prevista no artigo 198 da Constituição Federal) propiciou as bases legais para o controle social na saúde. Entretanto, persiste como desafio a consolidação desse controle.

A mobilização e a participação social são fundamentais para garantir o controle social, pois este para ser efetivo, deve ser permanente, ter regras claras para sua manutenção, ter poder decisório e ferramentas adequadas para sua gestão.

Durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde admitiram:

“A diversidade das condições de organização dos conselhos de saúde e de sua articulação com os movimentos sociais organizados, base de sua representação, contribui para retardar a consolidação do processo de controle social na saúde. Aliam-se ainda as grandes diversidades locais e regionais referidas às necessidades de atenção da população e as condições institucionais e administrativas do conjunto de municípios e estados” (CNS, 2003: 37).

Algumas iniciativas para superar essa constatação acima foram adotadas nos últimos anos. A mais expressiva, do ponto de vista do autor, foi a realização do 1º Congresso Nacional dos Conselhos de Saúde, realizado em 1995, em Salvador/BA e que criou a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, cuja atuação tem contribuído de maneira efetiva para uma maior articulação dos conselhos e conselheiros nas diferentes esferas (Nacional, estaduais e municipais). Em 2005, foi realizada a XIII plenária dos conselhos de Saúde, em Brasília onde foi analisado entre outros, o tema do controle social. Como importantes resultados dessas discussões pode-se relacionar a

necessidade da Educação Permanente no Controle Social, o aprofundamento dos debates sobre o novo modelo de Atenção do SUS e o Controle Social no contexto da Conjuntura Nacional de Saúde. No terceiro dia do evento, (07/12) foi realizado pela Plenária de Conselhos um importante ato no Congresso Nacional pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 (esta emenda, conhecida como EC-29/2001) assegura recursos mínimos para financiar as ações e serviços públicos de saúde pública e estabelece os percentuais que cabem à União, aos Estados e aos municípios. Recentemente (16 a 18 de novembro de 2010), ocorreu a XVI Plenária, que retomou a discussão de temas como a EC-29, a criação da carreira única de saúde e a Lei de Responsabilidade Sanitária.

Pode-se afirmar que a organização dos gestores nas diferentes esferas e níveis de governo, a organização dos trabalhadores de saúde, e a organização dos usuários para atuarem de maneira articulada nos fóruns e instâncias do SUS ocorreram a partir das necessidades e da complexidade de temas que estão afetos ao SUS e onde esses segmentos têm importante papel decisório. Formaram-se então, redes de discussão, onde cada segmento se apresenta de maneira mais organizada nos espaços de discussão e deliberação. Como exemplo, os trabalhadores de saúde constituíram o FENTAS (Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores de Saúde) e fazem reuniões periódicas antecedendo as plenárias do Conselho Nacional de Saúde, onde debatem e deliberam quanto a posicionamentos e estratégias a serem adotados naquele fórum, inclusive na articulação com os demais segmentos.

A representação dos usuários no Conselho Nacional de Saúde também possui sua dinâmica própria para defender as suas propostas no CNS e igualmente constituíram o Fórum do Usuários do CNS que se articula com suas representações nos níveis estaduais e municipais.

Esta dinâmica de prévia articulação dentre os segmentos permite e contribui para uma intervenção conjunta ou para discutir temas afins, de interesse comum entre as organizações sociais (profissionais de saúde, usuários e prestadores de serviço), com inúmeros consensos. Isso tem

obrigado os governos a adotarem uma nova prática nos conselhos de saúde, a de buscar pactuações para garantir as políticas e adotar as decisões que são do interesse de sua gestão.

Retomando a discussão específica sobre a saúde bucal no SUS, convém afirmar que a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (29/07 a 01/08/2004) foi importante e contribuiu para a inserção das ações de saúde bucal no SUS para a efetivação de um programa nacional de saúde bucal e para a consolidação de diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal afirma em seu relatório final (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), no capítulo do “Controle social, gestão participativa e saúde bucal”:

Item 16 - Organizar e fortalecer os fóruns permanentes criados pelo movimento de práticas de educação popular em saúde, movimentos sindicais e outros, organizados pela sociedade civil, incluindo a discussão da saúde bucal na agenda política desses movimentos (pág. 49);

Item 34 - articular ações conjuntas entre conselhos de saúde, conselhos tutelares, conselho dos direitos da criança e do adolescente, conselho de segurança alimentar, entidades como Pastoral da Criança, SOS Criança, Varas de Infância e Adolescência e outras, nas três esferas de governo, com o objetivo de comprometer os pais ou responsáveis sobre os cuidados em saúde com suas crianças, criando mecanismos de vinculação, apoio ou suporte social que permitam acompanhar a família com crianças, especialmente em situação de risco, e pessoas portadoras de necessidades especiais (pág. 52).

Item 36- Garantir a participação de entidades de cirurgiões dentistas nas mesas de negociações permanentes do SUS (pág. 52).

No capítulo da “Organização da Atenção em Saúde Bucal” (pág. 116), propõe-se o entendimento da Saúde BUCAL como política pública.

Item 02: Ampliar a compreensão da saúde bucal no sentido da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial como política de governo. Nesse sentido, para a inclusão social e a construção da cidadania, seja no plano individual ou no plano coletivo, são necessárias ações convergentes de diversos setores, implementadas de forma integrada pelos governos dos municípios, dos Estados e da União, pelas instâncias representativas do Controle Social e pelas entidades da sociedade civil organizada;

Item 04: Assegurar e ampliar o acesso às ações integrais de saúde bucal em todo o SUS, estendendo-a a todas as faixas etárias, segundo recomendação

da Organização Mundial da Saúde (OMS), levando-se em conta os dados epidemiológicos regionais.

Em outros fóruns de discussão dos quais participa a categoria odontológica, a preocupação com o controle social também tem ocorrido. Exemplos mais recentes podem ilustrar esta afirmação:

1) VI CONFIO (Congresso da Federação Interestadual dos Odontologistas, Campo Grande, 2003): No item 17 da Carta de Campo Grande, datada de 13/11/2003 há uma recomendação expressa: “lutar para que haja um controle social mais efetivo sobre as políticas de saúde bucal”;

3) XVIII ENATESPO (Salvador-BA, 21 a 24/04/2005): “Quanto ao controle social e gestão participativa entende-se enormes os riscos de cooptação ou favorecimento pessoais daqueles que se dedicam ao controle público do sistema de saúde.

Recomenda-se o investimento na formação/capacitação dos conselheiros e o fortalecimento da articulação dos conselhos de saúde em redes horizontais, inclusive com outros conselhos gestores de políticas públicas e organização da sociedade civil.

As citações acima, além de constituírem uma definição mais objetiva das áreas de atuação da Saúde Bucal e permitir uma discussão quanto à necessidade de participação de suas representações em diferentes conselhos/fóruns, encontra-se dentro das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, que prevê no título de Ampliação do acesso em Saúde Bucal:

“Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal de saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado e, 2) por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, do adolescente, saúde do adulto, e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras”.

10. BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE BUCAL: UM OLHAR A

PARTIR DO PSF

Uma discussão recente e abalizada sobre bioética de intervenção na saúde bucal está consubstanciada na tese de doutorado de Evelise Ribeiro Gonçalves estudo de caso sobre o trabalho do cirurgião-dentista na estratégia do Saúde na Família (GONÇALVES, 2009; GONÇALVES, RAMOS e GARRAFA, 2010).

Com base em entrevistas a gestores municipais e cirurgiões-dentistas, foram analisadas as rotinas de acesso ao serviço, os serviços de referência, o estabelecimento de vínculo e a participação popular e controle social.

A primeira rotina assistencial analisada foi o acesso ao atendimento odontológico, que segue as conhecidas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal por linhas de cuidado e por condição de vida.

“Ao determinar o acesso prioritário a bebês, escolares até 10 anos, gestantes e idosos, a assistência odontológica do município respeita essa diretriz e a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual as políticas e os sistemas públicos de saúde devem tentar alcançar a equidade considerando as diferenças nas condições sociais e sanitárias das pessoas. Para alcançar esse objetivo as ações desenvolvidas são direcionadas a eliminar, ou ao menos reduzir ao mínimo possível, as diferenças iníquas que existem entre os grupos humanos de diferentes níveis sociais”. (GONÇALVES, RAMOS e GARRAFA, 2010: 230).

No entanto, ao priorizar esse grupo, ocorre a exclusão ou, no mínimo, a maior dificuldade do acesso dos adultos normais –homens, mulheres não gestantes em idade adulta e adolescentes. O não atendimento pleno agrava os problemas existentes e eleva os casos de urgência, levando ou a perdas dentárias ou, como é óbvio supor, a pressão para que se busque o atendimento privado, que nem sempre representa uma opção para a maioria das pessoas.

A população não atendida acaba se tornando, pois, também vulnerável. Ou seja, tais pessoas só entrarão na prioridade da Política Nacional de Saúde

Bucal quando estiverem incluídas nos casos de dor, infecção e sofrimento (GONÇALVES, RAMOS e GARRAFA, 2010: 230).

A situação ganha contornos preocupantes também no que se refere ao tratamento especializado. O estudo citado lembra que os serviços odontológicos oferecidos pelo SUS correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos que ocorrem no País.

“Desde 2004, com o início da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente –, o Ministério da Saúde tem contribuído com a implantação e/ou melhoria de centros de especialidades odontológicas (CEO). Os CEO são unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, que devem ofertar, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Nesses procedimentos incluem-se, dentre outros: tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontia, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.” (GONÇALVES, RAMOS e GARRAFA, 2010: 231-232).

Uma bioética de intervenção requer uma visão ampliada da bioética; comprometida com o social, com o objetivo de diminuir disparidades e, para tanto, crítica e politizada (GARRAFA, 2009; BARBOSA, 2010). Tais parâmetros interventivos puderam ser analisados no estudo de Gonçalves (2009) sob três aspectos essenciais: o vínculo, construção de uma consciência sanitária e o empoderamento.

O vínculo é expressão-síntese da humanização da relação com o usuário. Resulta de responsabilidades assumidas pela equipe na forma de ações de acolhimento, com a devida qualidade da resposta dada ao usuário (GONÇALVES, 2009; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A construção de uma consciência sanitária concebe a busca da integralidade como direito a ser alcançado.

O conceito de empoderamento, por sua vez, se estabelece com a participação livre e conquistada a partir de processos de luta e aprendizado coletivo.

Tais parâmetros abrem a necessidade da discussão da saúde bucal a partir da compreensão dos determinantes sociais da saúde.

11. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE BUCAL

Os Determinantes sociais da saúde (DSS's) compreendem os elementos vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural.

Segundo a OMS,

“os determinantes sociais da saúde são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham e envelhecem. O sistema de saúde é uma dessas condições. Essas circunstâncias são definidas pela distribuição de renda, poder e recursos nos níveis global, nacional e local, influenciadas pelas políticas adotadas. Os determinantes sociais são responsáveis pelas iniquidades da saúde, a injusta e inegável diferença de status em termos da saúde, observada dentro e entre os países”. (WHO, 2009)

Os modelos de análise mais utilizados são o de Dahlgren e Whitehead e o de Diderichsen e Hallqvist.

Conforme a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), o modelo de Dahlgren e Whitehead prima pela simplicidade, sendo de fácil compreensão por vários tipos de público. Os DSS são dispostos em diferentes camadas,

Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada onde se situam os macrodeterminantes. (CNDSS, 2008).

O modelo de Diderichsen e Hallqvist enfatiza a estratificação social, que coloca os indivíduos em posições sociais díspares, provocando diferenciais de saúde entre eles (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007: 85).

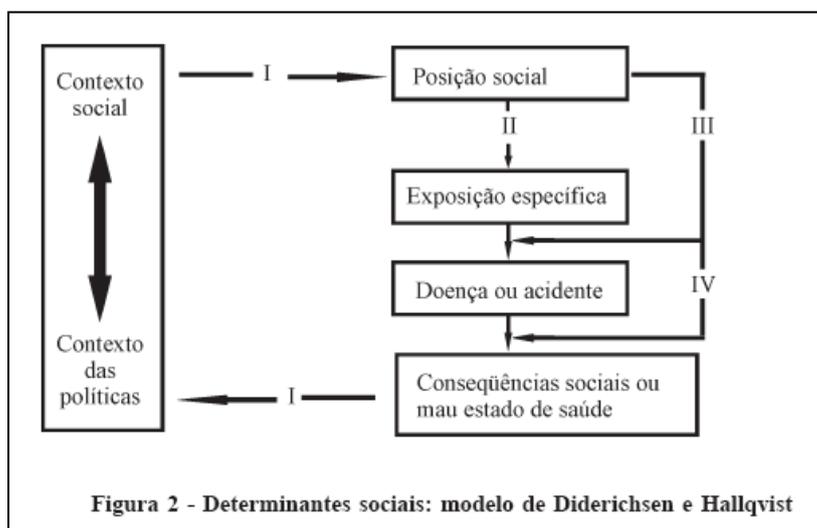
Conforme se vê na figura ao lado,

I) representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais (sistema educacional, mercado de trabalho etc). De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos, aparecem diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde

II) Qualifica o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos;

III) Estabelece o diferencial de consequências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença

IV) As “conseqüências sociais”, que é o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família” (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007: 85).



A discussão sobre os DSS's considera variáveis como crescimento populacional, fecundidade, mortalidade, migrações, urbanização, estrutura do mercado de trabalho, distribuição de renda e educação.

No caso brasileiro, conforme o CNDSS, têm ocorrido grandes transformações econômicas, sociais e demográficas, particularmente nas

quatro últimas décadas, com repercussões nas condições de vida e trabalho da população e, conseqüentemente, em sua situação de saúde (CNDSS, 2008b: 16).

De acordo com dados do IBGE, a taxa de mortalidade infantil (TMI), de 124 óbitos no primeiro ano de vida para cada mil nascidos vivos em 1960, caiu para 48,3 em 1990; 35,26 em 2000 e 25,1 em 2006. A esperança de vida ao nascer teve um ganho de mais de 20 anos, entre 1960 e 2006, em todo o Brasil, passando de 51,6 a 72,4.

“Embora persistam importantes diferenças regionais, como por exemplo, a expectativa de vida no Nordeste, em 2006, ainda é dois anos menor do que era a do Sul em 1990, há uma tendência à diminuição dessas diferenças. Em 1960, um brasileiro que nascesse no Nordeste tinha uma expectativa de vida 20 anos menor do que a de outro brasileiro nascido na região Sul, diferença essa que cai para cinco anos em 2006”. (CNDSS, 2008b: 18).

Tendências observadas nas últimas décadas com relação à renda, escolaridade e saúde levaram à evolução positiva do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), da ONU.

As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade, ou seja, “os determinantes mais gerais e distais do modelo de Dahlgren e Whitehead, geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Em outras palavras, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social que, por sua vez, define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos”. (CNDSS, 2008b: 19).

No que concerne às condições de vida e trabalho e suas relações com a situação de saúde, vários aspectos interferem diretamente e merecem ser citados.

Em termos de alimentação e nutrição, nas últimas décadas, o Brasil atravessa uma transição nutricional, ou seja, a substituição do padrão alimentar baseado no consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos, por uma alimentação com maiores teores de gorduras e açúcares.

Combinada aos processos de transição demográfica e epidemiológica, a transição nutricional vai marcar uma sobreposição de novos padrões de vida.

Segundo o IBGE, o universo de brasileiros com 20 anos ou mais de idade, há apenas 4,0% de pessoas com déficit de peso, enquanto 40,6% demonstram excesso de peso.

A mudança alimentar aumentou consideravelmente o risco de sobrepeso e obesidade, contribuindo para a explosão das doenças crônicas e incapacidades. O impacto sobre a saúde bucal é diretamente afetado por tais aspectos.

Outros dados que interferem na condição de saúde e qualidade de vida podem ser vistas adiante.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad-IBGE) registrou melhoria nos índices de cobertura dos serviços de água e esgoto no período de 1999 a 2004. Segundo a pesquisa, o percentual de domicílios particulares permanentes atendidos por rede geral de abastecimento de água aumentou de 80% para 83% e o percentual de domicílios servidos por esgotamento sanitário adequado (rede coletora ou fossa séptica) aumentou de 65% para 70%, no referido período. Há que se destacar as desigualdades regionais e entre municípios. A proporção da população coberta pela rede de esgotamento sanitário, em 2005, variava de 44,26% em Recife e 66,33% em Fortaleza até 92,21% em Curitiba e 91,97% em Porto Alegre.(CNDSS, 2008b: 20).

Ponto essencial para a saúde bucal diz respeito ao acesso aos serviços de saúde. O SUS proporcionou avanços substantivos da cobertura de saúde, embora com grandes desigualdades na oferta de recursos e serviços, fortemente afetadas pela posição social dos indivíduos no acesso, utilização e qualidade desses serviços. (CNDSS, 2008b).

Dados da Pnad mostram que as pessoas da classe de maior renda têm mais chances de usar serviços de saúde do que as de menor renda. O mesmo é observado quanto à escolaridade: indivíduos com nove ou mais anos de escolaridade têm 20,9% maior a chance de uso que pessoas de menor

escolaridade. As Pnads mostram uma melhora paulatina, que deve acelerar-se com a melhoria dos indicadores econômicos e sociais do Brasil nos últimos 8 anos.

Outro determinante social importante para a saúde é o acesso à informação, cuja importância nem sempre é reconhecida com o destaque que merece.

O acesso à informação em saúde tem sido facilitado pelas novas tecnologias de informação e comunicação (TIC), particularmente a Internet. Mas dados da Pnad 2006 revelaram enormes desigualdades no acesso à Internet, segundo escolaridade, renda e região de moradia, com gradientes que chegam a mais de 60 ou 70 vezes de diferença entre os dois grupos situados nos extremos de renda e escolaridade” (CNDSS, 2008b). Tal situação, para que seja modificada, depende da implementação do Plano Nacional da Banda Larga, em execução pelo Governo Federal.

Redes comunitárias e de solidariedade também concorrem positivamente para a melhoria da situação de saúde, principalmente nos grupos sociais desfavorecidos.

“As redes sociais e comunitárias são constituintes do chamado capital social, entendido como o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. O desgaste do capital social é um importante mecanismo através do qual as iniquidades socioeconômicas impactam negativamente a situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão social resultantes dessas iniquidades são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social e são também onde há menor participação na definição de políticas públicas.” (CNDSS, 2008b: 23).

Aspectos também importantes para a saúde bucal, citados a seguir, estão relacionados ao que se pode chamar, sinteticamente, de comportamentos e estilos de vida.

Destaque especial deve ser conferido a problemas como o hábito de fumar e dietas inadequadas.

Os dados sobre tabagismo da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/1989) e da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS/2003) demonstram redução importante

no hábito de fumar, em todas as faixas etárias, em ambos os sexos e no meio urbano e rural. No entanto, observam-se desigualdades na intensidade da redução, de acordo com o poder aquisitivo e a escolaridade. (CNDSS, 2008b: 23).

O consumo de frutas e verduras no Brasil pode ser considerado baixo, sendo maior entre as pessoas de renda e a escolaridade mais elevadas. Segundo o CNDSS, há uma participação direta da renda no padrão de consumo: a cada 1% no aumento da renda, observa-se um aumento de 0,04% das frutas, legumes e verduras (FLV) na composição da dieta; por outro lado, o decréscimo de 1% no preço destes produtos aumenta sua participação na dieta em 0,2%. (CNDSS, 2008b: 23).

12. CONCLUSÕES

A implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e do programa Brasil Sorridente, no Governo Lula, possibilitou avanços importantes para a cobertura de saúde bucal de parcela significativa da população brasileira.

Ainda há desafios gigantescos no que se refere às ações e serviços ofertados, mas a existência do programa e sua progressiva ampliação abrem espaço para o aprimoramento do conhecimento da realidade da saúde bucal das mais diversas localidades, para o ajuste aos determinantes sociais que impõem características peculiares a distintas às comunidades e grupos sociais, além da busca por uma maior resolutibilidade das práticas odontológicas empregadas.

A questão bioética é um desafio central a ser cumprido, orientado à formação de uma “consciência sanitária” capaz de melhorar os comportamentos e os estilos de vida, em termos individuais. No entanto, o maior desafio bioético consiste no envolvimento das comunidades, gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde.

Uma bioética interventiva da saúde bucal, assentada em uma consciência sanitária crítica, permitirá o correto dimensionamento de seus determinantes sociais e o estabelecimento de tarefas que só podem ser cumpridas pelas próprias comunidades. Implicará no maior engajamento dos profissionais e na intensificação da participação das comunidades, de forma a orientar uma demanda por serviços de saúde bucal que, em nosso país, tradicionalmente estão associados à prestação privada, pelas clínicas e consultórios particulares. Ou seja, as pessoas não estão sequer acostumadas a entender a saúde bucal como um direito.

O modelo para a saúde bucal desenvolvido em torno do Programa Saúde da Família demonstra o correto alinhamento aos princípios do SUS, ou seja, a busca da universalidade de sua cobertura, a equidade no atendimento (considerando elementos de diversidade e de desigualdade de condições) e o respeito aos direitos humanos.

A possibilidade do país mudar de patamar em seu modelo de atenção à saúde bucal abre a chance de se reduzir a associação da Odontologia a situações de urgência, dor e sofrimento.

Um novo modelo, em fase de expansão, permitirá no futuro incluir boa parte da população no atendimento odontológico e virar a página de quando o sorriso era um “luxo” inacessível a muitos brasileiros e brasileiras. O que se espera é que este futuro não seja distante e se faça presente o quanto antes.

Para tanto, a bioética tem importância crucial. Afinal, como diz Giovanni Berlinguer, é a reflexão ética que “obriga-nos a escolher, obriga-nos a procurar, entre as várias soluções possíveis, quais são aquelas que correspondem não só a critérios de eficiência e de eficácia, ao equilíbrio entre custos e benefícios, mas sobretudo a exigências de prioridade, equidade, moralidade” (BERLINGUER, 1996).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, MF. **Bioética**: abrangência e dinamismo. *O Mundo da Saúde*, 21(1):04-12, 1997.

ARREGUY, e SCHRAMM FR. Bioética do Sistema Único da Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2005;51(2):117-23.

BARBOSA, Swedenberger. **A Bioética no Estado Brasileiro**: situação atual e perspectivas futuras. Brasília: Universidade de Brasília, 2010.

_____. A participação brasileira na construção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. **Revista Brasileira de Bioética – RBB**, 2(4):423-436, 2006.

_____. **A importância da Comissão Intersectorial de Saúde Bucal do Conselho Nacional de Saúde (CISB/CNS) para o Controle Social**. Brasília: Ministério da Saúde. 18 de Junho de 2009. Documento apresentado ao Conselho Nacional de Saúde.

BEAUCHAMP T & CHILDRESS J. **Principles of biomedical ethics**. New York, Oxford University Press, 1979.

BERLINGUER, G. 15 anos errando pela América Latina. In: EIBENSCHUTZ, C. (org). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1996.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2010. pp. 133-4.

_____. **Decreto Nº 99.438. Dispõe sobre a Organização e Atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União 128(152): 15059-60, Ago. 8, 1990.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto que institui a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Brasília: Diário Oficial da União, 13 de março de 2006

BRASIL. **Lei N.º 8.080. Lei Orgânica da Saúde – SUS. Dispõe sobre as Condições para a Promoção da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras**

providências. Brasília: Diário Oficial da União, 128(182):18055-59, Setembro 20, 1990.

_____. **Lei N.º 8.142. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do SUS e sobre Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área de Saúde e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da União, 128: 25694, Dezembro 31, 1990.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 2004.

_____. **Bases para a Gestão Estratégica e Participativa do SUS: Ética e Transparência** Brasília: Ministério da Saúde, 4 de julho de 2010. Texto apresentado à I Feira Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

_____. **Brasil Sorridente. Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 15/12/2005.

_____. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Janeiro de 2004. 16p.

_____. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para conselheiros de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 95p.

_____. **Portaria nº. 532/GM para designar os membros da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Brasília: 14 de março de 2006.

_____. **Relatório Final da 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 147p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BUSS P, PELLEGRINI FILHO A. A Saúde e seus Determinantes. **PHYSIS.** 2007; 17(1):77-93.

CAMAPUM, Rozangela Fernandes. **Situação administrativa da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)**. Relatório ao Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2010.

CARVALHO, Antonio Ivo. Políticas Públicas e Saudáveis. In: Paulo Buss. (Org.). **Promoção da Saúde - conceitos e práticas**. Organização Panamericana de Saúde, 1999.

_____. Determinantes sociais da saúde, da doença e da intervenção. In: Giovanella, L; Lobato, L; Escorel, S; Noronha, J.C; Carvalho; A.I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, v. , p. 141-166.

CLOUSER, D and GERT, B. A critique of principlism. **Journal of Medicine and Philosophy**, 15:219-236, 1990.

CNDSS. **Relatório “Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008a. 216p.

_____. **Relatório executivo das “Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008b. 32p.

COMISSÃO ORGANIZADORA DO XVIII ENATESPO – BAHIA; DIRETORIA DA ABRASBUCA. **VII Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva. IV Fórum Nacional de Coordenadores de Saúde Bucal**. 1p. Salvador: 2005. Disponível na Internet: www.croba.org.br/enatespo2005/principal.htm Acesso em: 15/12/2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução N.º 333, de 4 de novembro de 2003**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

_____. **XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde**. 1p. 2005. Disponível na Internet: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/plenariafinal.htm Acesso em: 15/12/2005.

_____. **12ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde: Um Direito de Todos e um Dever do Estado. A Saúde que temos – O SUS que Queremos**. Manual da Conferência. Brasília: Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, 2003. 80p.

- _____. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social. Relatório Final.** Brasília: Editora MS, 2005. 148p.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR. **CONSEA Promove III Encontro de Conselheiros de Políticas Públicas.** Matéria de Fernanda Martins. 1p. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar, 17 de maio de 2005. Disponível na Internet: <https://www.planalto.gov.br/consea/exec> Acesso em: 15/12/2005.
- CORDÓN PORTILLO, J. A. “Participação comunitária nos conselhos locais de saúde: dificuldades”. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, (11):45-47, Set. 1995.
- _____. **A Construção de uma Agenda para a Saúde Bucal Coletiva.** Cadernos de Saúde Pública, 13(3):9p., Julho/Setembro de 1997.
- _____. **A inserção da Odontologia no SUS – Avanços e Dificuldades.** Brasília, Universidade de Brasília, Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, *Faculdade de Ciências da Saúde. Tese de Doutorado*, 7 de dezembro de 1998.
- CUNHA, Eleonora Schettini M. & JARDIM, Laura Silva. **Conselhos de Políticas.** 5p. Disponível na Internet: www.democraciaparticipativa.org/Paginas/instituicoes.htm Acesso em: 15/12/2005.
- DE CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil. Participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995, 136 p.
- FABRIZ, D. C. **Bioética e Direitos Fundamentais.** Belo Horizonte-MG: Mandamentos, 2003.
- FEDERAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Instambul.** In: FIOCRUZ *O primeiro dever dos governos.* Radis: nº. 85. Setembro de 2009.
- FERNANDES JR., Hugo. **Pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos.** Brasília: Câmara dos Deputados, 2007. Disponível em <http://www2.camara.gov.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/tema19/H-Coord_Legislativa-Setex-Internet-2006_10150.pdf> Acesso em 29 setembro 2010.
- FORTES, P. e ZOBOLI, E. (orgs.). **Bioética e saúde pública.** São Paulo-SP: Loyola, 2003.
- GARRAFA V. **De uma “bioética de princípios” a uma “bioética interventiva” – crítica e socialmente comprometida.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

_____. **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo-SP: Faculdade de Saúde Pública da USP / Kellogg Foundation, 1995.

_____ e CORDÓN, J. (orgs). **Bioética no Brasil hoje**. São Paulo: Gaia, 2006.

_____. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética - RBB**, 1(2):122-132, 2005.

_____. O novo conceito de bioética. In: Garrafa V, Kottow M & Saada A (orgs.). **Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano**. São Paulo-SP: Editora Gaia /UNESCO, 2006, p. 9-15.

_____. OSELKA G & DINIZ D. Saúde pública, bioética e equidade. **Bioética (Conselho Federal de Medicina)**; 5(1):27-33, 1997.

_____ e CORDÓN, Jorge. Determinantes sociais da doença. **Saúde em debate**: revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, V.33 n. 83 Setembro/dezembro de 2009.

GONÇALVES, Evelise R. **Em busca do profissional socialmente sensível: um estudo sobre o trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família sob o olhar da bioética de intervenção**. Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2009. Tese de doutoramento. 197 p.

_____, RAMOS, Flávia Regina e GARRAFA, V. O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Bioética** 2010; 18 (1): 225 – 239.

HOLANDA, Aurélio Buarque de. **Mini Aurélio**: minidicionário da língua portuguesa – Escolar. 4. ed. rev. ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000, 790p.

HOSSNE, William S., ALBUQUERQUE, Maria Clara e GOLDIM, José Roberto. In: FABRI, Márcio e SIQUEIRA, José Eduardo (org). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. São Paulo: Ideis e Letras/ Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

JONAS, H. **Il principio de la responsabilità**. Torino, Edit. Einaudi, 1991.

MELLO, Celso de. Voto proferido em razão da Ação Direta de Inconstitucionalidade 3510-0. **Diário da Justiça**. Brasília: 28 de maio de 2010.

MORAIS, S. **Competências da Secretaria Especial dos Direitos Humanos e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Informação pessoal. Brasília-DF, 2008.

MORAIS, S. **Competências da Secretaria Especial dos Direitos Humanos e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Informação pessoal. Brasília-DF, 2008.

MORONI, José Antônio & CICONELLO, Alexandre. **Participação social no governo LULA. Avançamos?**. 2005. 43 p. *Mimeo*.

NARVAI, P. C. **Saúde Bucal no PSF: SUS ou SUSF?** Jornal do Site Odonto, ano II, n.36, segunda quinzena de abril de 2001. 2p.

NOVAES, Regina. **Juventude, Oportunidades e Apostas**. 2p. Conselho Nacional de Juventude. Disponível na Internet: https://www.planalto.gov.br/secgeral/juventude/arquivos_projovem/artigo4regina.htm Acesso em: 15/12/2005.

PELLEGRINI FILHO A. *A Saúde e seus Determinantes*. **PHYSIS**. 2007; 17(1):77-93. Disponível em : <http://nutricao.saude.gov.br/evento/2mostra/docs/apresentacoes/12_11_08_pelegrini.pdf>

PEREIRA N. **Aborto e Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://aborto.aaldeia.net/direitoshumanos.htm>>. Acesso em 6 out. 2008.

PORTELLI, Hugues. **Gramsci e o Bloco Histórico**. Tradução de Angelina Peralva. 6ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. 185p.

POTTER VR. **Bioethics: bridge to the future**. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1971.

REICH, W. T. **Encyclopedia of Bioethics**. 2nd ed. New York: MacMillan, 1995.

SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos. **Dilemas e Desafios para a Governança Democrática no Brasil**. Texto do Seminário "Os Sentidos da Democracia e da Participação". 3p. *Mimeo*. Disponível na Internet: www.polis.org.br/seminario/dilemas_e_desafios.htm Acesso em: 15/12/2005.

SCHERER-WARREN, Ilse. **Redes de movimentos sociais**. São Paulo: Ediciones Loyola, Centro João XXIII, 1993. 141 p.

SCHRAMM FR 1997. Eugenia, eugenética e o espectro do eugenismo: considerações atuais sobre biotecnociência e bioética. **Bioética**. Conselho Federal de Medicina) 5(1): 203-220, 1997.

SIQUEIRA JE 1997. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. **Bioética**. Conselho Federal de medicina), 5(1):41-48, 1997.

SOUZA, D. S. **A saúde bucal e a sua inserção no sistema único de saúde**. Rev. Divulgação em saúde para debate, (13): 83-9, Jul. 1996.

TORO, Jose Bernardo. **A Construção do Público: cidadania, democracia e participação**. Série Desafios Hoje, v.2. WERNECK, Cristina Duarte; WERNECK, Nísia Duarte (*seleção de textos e organização*). 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2005. 112p.

_____, WERNECK, Nísia Maria Duarte. **Mobilização Social: um modo de construir a democracia e a participação**. Série Comunicação e Mobilização Social, 2. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. 104p.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2005. Tradução brasileira da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Disponível em: <<http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>>. Acessada em 18 abr. 2007.

UNITED STATES OF AMERICA. Department of Health, Education and Welfare. The National Commission for the Protection of the Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. **The Belmont Report**: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington, DC: US Government Printing Office, 1979.